Rok XXXIV. Kraków 6. Kwietnia 1895 r. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości 1½ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8 [illegible]

Administracya: Zakład fizyologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, zaś w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères w Nowym Jorku Dr. Bronisław [illegible]

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer [illegible]

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O zmianach w nerwach obwodowych zależnych od miażdżycy tętnic.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 6. Lutego 1895 r.).

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

Mimo względnie niedawnego rozwoju nauka o chorobach nerwów obwodowych poszczycić się może bogatą już literaturą. Nie powiem jednak, by dawała ona dostateczną podstawę dla wielu jeszcze bardzo ważnych kwestyj.

Jedną z nich, to etyologia spraw zapalnych w nerwach obwodowych, która mimo rozjaśnienia rzeczy w głównych zarysach, pozostawia jeszcze wiele wątpliwości. Niezaprzeczenie, że niedługi szereg lat, odkąd nauka o zapaleniu nerwów obwodowych weszła na właściwe tory, jest tego przyczyną.

Początek tych zabiegów datuje się bowiem dopiero od r. 1864 t. j. od pierwszej publikacyi Dumenila[1]), który zwrócił uwagę na tak zwaną dzisiaj *polyneuritis.* Wprawdzie już znacznie pierwej wiedziano o możności schorzenia nerwów z osobna, jużto z przyczyny urazowej jak po zranieniu, po złamaniu kości etc. lub reumatycznej; znano również pewne objawy, które później okazały się jako należące do obrazu *polyneuritis,* brano je jednak, dzięki naukom Arana, Duchennea, a zwłaszcza Charcota o troficznej własności komórek zwojowych w rogach przednich istoty szarej rdzenia pacierzowego, za objaw schorzenia tej części układu nerwowego. Dumenilowi bezsprzecznie należy się zasługa wykazania, że w wielu przypadkach opisanych przez Duchennea jako *paralysie générale spinale* należy przeciwstawić pojęcie *polyneuritis.*

Odtąd szybkim krokiem idzie sprawa naprzód, zjawiają się dalsze spostrzeżenia, jak drugi przypadek Dumenila[2]), dalej Eichhorsta[3]), Joffroy[4]), Eisenlohra[5]) i t. d. a w r. 1880 Leyden[6]) zbierając razem ogłoszone przypadki i dodając swoje dwa, kreśli na ich podstawie znany nam dzisiaj obraz kliniczny *polyneuritis.* Obraz ten dalszemi spostrzeżeniami potwierdzał się i uzupełniał. Przebieg tych przypadków okazał się rozmaity, już to ostry, jużto przewlekły. Z biegiem czasu trzeba było odróżnić i formy atypowe, a badania anatomo-patologiczne wykazały, że sprawa zapalna w nerwach może i niepostrzeżenie przebiegać za życia. Przebieg ten, a po części i obraz kliniczny głównie, jak doświadczenie poucza, zależy od przyczyny, która chorobę wywołała, dlatego też niepoślednie miejsce w badaniach nad schorzeniem nerwów obwodowych zajęła etyologia. Stała się ona nawet podstawą klasyfikacyi, jaką postawił Leyden dla *polyneuritis,* a która do dziś dnia istnieje.

Na podstawie tego podziału odróżniamy dzisiaj, jak wiemy, *neuritis infectiosa, toxica et marantica*; zaliczając do pierwszej przypadki, jakie występują po błonicy, durze, ospie, *sepsis* i t. d. i samoistną chorobę *beri-beri*; do drugiej, porażenia po zatruciu ołowiem, arsenem, rtęcią, miedzią, fosforem, tlenkiem węgla, alkoholem i t. d., do trzeciej wreszcie schorzenie nerwów obwodowych w wiądzie rdzenia pacierzowego, gruźlicy, gośćcu przewlekłym, raku, cukrówce i t. d.

[1]) Paralysie périphérique du mouvement et du sentiment portant sur les quatre membres, atrophie des rameaux nerveux des parties paralysées. Gaz. hebd. de méd. 1864 s. 203.

[2]) Contribution pour servir à l'histoire des paralysies périphériques et spécialement de la névrite. Gaz. hebd. de méd. 1866 S. 456.

[3]) Neuritis acuta progressiva. Virch. Archiv. 1877 t. LXIX S. 265.

[4]) De la névrite parenchymateuse, spontanée généralisée ou partielle. Arch. de physiol. 1879 S. 172.

[5]) Idiopathische subacute Muskellähmung u. Atrophie. Centralbl. f. Nervenheilkunde 1879 S. 106.

[6]) Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Deutsches Archiv für klin. Med. 1880 S. 387.

O ile jednak pierwsze dwie grupy przedstawiają jeszcze dość określone pojęcie, o tyle trzecia tem się poszczycić nie może. Zaliczamy według Leydena do niej przypadki *neuritis* powstałe *bei chronischen consumirenden Zuständen und Krankheiten*, co tu jednak działa, czy samo podkopanie odżywiania, sama „inanicya" czy też nieraz pewne toksyczne substancye jak toksyny prątków gruźliczych, pewne substancye w rozwoju raka, obecność znacznej ilości cukru we krwi lub też produktów nieprawidłowej przemiany we krwi w cukrówce moczowej albo *diathesis uratica* (skazie moczanowej) napewno dzisiaj rozstrzygnąć nie możemy i w wątpliwości pozostajemy, czy niektóre z tych przypadków nie przenieść do grupy drugiej t. j. *neuritis toxica*. Tem bardziej ta uwaga nasunąć się może, że dotychczasowe doświadczenia na psach robione [1]) wykazały, że stany czystej inanicyi (przez głodzenie) zmian w nerwach obwodowych nie wywołały.

Ta ostatnia grupa w podziale *neuritis*, jakeśmy już wspomnieli, stanowi dzisiaj pojęcie za ogólne, kryjące w sobie wiele niepewności; brać ją jednak musimy zawsze obok innych wymienionych w rachubę przy rozbieraniu poszczególnego przypadku. Czy wolno jednak wszystkie przypadki, które w dwóch pierwszych grupach pomieścić się nie dadzą, tutaj zaliczać?

Na sporny punkt taki, mało albo wcale dotąd nie uwzględniany, chciałbym właśnie zwrócić uwagę w niniejszym artykule a pochop do niego dał mi przypadek na pozór zwykły, którego historyę choroby przytaczam w krótkości.

X. I., lat 51 liczący, zgłosił się w Maju 1892. r., skarżąc się na przypadłości żołądkowe. Badanie wykazywało obok rozszerzenia żołądka i powiększenia wątroby, dość poważne zmiany w narządzie krążenia, mianowicie przerost lewego serca, arytmią w jego ruchach, głuche tony nad aortą, z tych drugi wzmożony, miażdżycę tętnic obwodowych dość wyraźną. Układ nerwowy bez widocznych zboczeń. Mocz prawidłowy.

Z wywiadów dowiedziałem się, że pacyent kiły nie przebywał, między rokiem 20—40 swojego życia pijał dosyć, od 10 lat napojów wyskokowych używa bardzo mało. W pół roku później, bo w Październiku t. r. przedstawił się powtórnie, a skłonił go do tego ból w przedramieniu lewem, który wystąpiwszy bez żadnej przyczyny, miał się pojawiać od 2 miesięcy, rozpromieniając się w kierunku palca dużego i wskazującego dłoni jak również tego samego charakteru ból w nodze prawej. Obok zmian dawniejszych stwierdziłem, że uścisk ręki lewej był słabszy niż prawej, przedramię lewe było szczuplejsze od prawego, przyczyna tego był zanik mięśniowy nieznaczny na przedramieniu, rozciągający się na mięśnie brzuśca palca wielkiego, ucisk na *n. radialis* bolesny. Do poprzedniego rozpoznania przybywało zatem: *neuritis nervi radialis sinistri*. Przyczynę, nie mając innych danych, odnosiłem do jakiejś *diathesis* może *uratica*, o alkoholu nie myślałem, bo chory od 10 lat miał napojów alkoholowych nie używać, zresztą początek zmiany *od n. radialis* nie odpowiadał obrazowi, jaki wiążemy najczęściej z pojęciem *neuritis* alkoholowej, a dodać muszę, że mimo uskarzania się na ból w nodze prawej, przyczyny dla niego w układzie nerwowym znaleść nie mogłem. Uderzyła mię tylko jedna okoliczność, nie przypisywałem jej jednak wtedy większego znaczenia i zanotowałem ją tylko dla dokładności w notatkach moich, a mianowicie: że tętnica sprychowa lewa była więcej pokręconą, twardszą a tętno w niej mniejsze niż w prawej. W Lutym 1893 r. przedstawiając się pacyent nie skarży się tyle na rękę lewą, która też postępowania sprawy nie wykazuje, lecz na ból w nodze prawej, o którym już w r. z. w Październiku wspominał, a który od miesiąca nie tylko się wzmógł, lecz odznacza się tem, że występuje przeważnie wtedy, gdy chory ruch wykonywa kończyną, że ogranicza się przeważnie do łydki, i sprawia, że pacyent chodząc, kuleje na prawą nogę. Wiedząc o rozległej sprawie miażdżycowej u pacyenta, z konieczności wobec opowiadania tego stanął przedemną obraz skreślony przez Charcota a nazwany przez niego *cladication intermittente par obliteration arterielle* i rzeczywiście badanie utwierdziło mię w tem przekonaniu. Kończyna bowiem na stopie była znacznie chłodniejszą niż lewa, w *art. cruralis* czułem wprawdzie tętno dobrze, natomiast w *art. poplitea, pediea dextra* było ono ledwo wyczuwalne.

Obraz ten z większem lub mniejszem nasileniem bólu trwał do Marca t. r., w którym to miesiącu zaczęły występować bóle już nie tylko przy chodzeniu, ale i w spokoju szczególniej w nocy, bóle znów przeważnie do podudzia ograniczone, a badanie obok zmian wyżej przytoczonych wykazało bolesność mierną wzdłuż *n. ischiadicus* a zwłaszcza poczynający zanik mięśni w zakresie *n. tibialis i peroneus* i bolesność tych nerwów przy ucisku. Miesiące letnie przebył pacyent w Zakopanem, więcej leżąc niż chodząc, obok bowiem bólów w kończynie rozwijać się poczęła nekroza skóry na podudziu prawem koło kostki po stronie wewnętrznej, wskutek czego powstało owrzodzenie powierzchowne, które przy opatrunku przeciwgnilnem okazywało dno pokryte granulacya żywo-czerwoną, od brzegów zaś miało dążność do gojenia się, pokrywając się przyskórkiem zdrowym, to znów brzegi te przyjmowały barwę ciemnofiołkową rozpadając się coraz bardziej (sprawozdanie Dra Gabryszewskiego) tak, że gdy październiku 1893 r. znowu pacyenta widziałem, owrzodzenie to rozszerzyło się ku dołowi już do połowy stopy, przeważnie od strony grzbietowej, sięgając do wysokości kości śródstopia, zawijając się nieco ku podeszwie, ku górze zaś sięgając nieco ponad kostkę. Palce stopy bez zmiany. Obok tego przeważnie na podudziu w małym stopniu na udzie mięśnie zanikłe, skóra na podudziu sucha i lśniąca, bolesność przy nacisku na pnie nerwowe, odruch kolanowy na nodze prawej bardzo słaby. Tętno w *art. poplitea* i *pediea* słabo wyczuwalne, Stopa i podudzie w dotknięciu chłodniejsze. Ruchy serca więcej nieregularne i przyspieszone niż dawniej. Odżywienie podupadłe głównie wskutek bezsennych nocy z powodu bardzo gwałtownych bólów w kończynie, dla których uśmierzenia trzeba się było uciec do wstrzykiwań podskórnych morfiny. Trzy miesiące bronił się pacyent przed zalecaną amputacyą podudzia, wreszcie zmuszony bólami jej się poddał.

Rozbierając te objawy, łatwo przyjść do wniosku, że rozpoznać należało *endarteritis obliterans* w zakresie tętnic kończyny dolnej prawej. (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Popow i Rosenbach. Ueber die durch Inanition bewirkten Texturveränderungen der Nervencentra. Neurolog. Centrbl. 1883 W. 14.

II. O formaldehidzie czyli metanalu.

Wykład miany w dniu 8. Marca 1895. w Tow. lek. we Lwowie

przez

Dra W. Wehra.

Na VII. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w Lipcu 1894 r. zwróciłem uwagę Panów na najważniejsze właściwości aldehidu mrówkowego, przedewszystkiem zaś na jego wartość konserwującą i stwardniającą, z przedstawieniem preparatów doskonale zachowanych od końca 1893 roku t. j. od czasu, gdy zacząłem robić próby z tym związkiem.

Obecnie po upływie pół roku, gdy dalsze badania i studya potwierdziły nietylko praktyczną wartość formaldehidu,

lecz nadto jego bardzo ważne biologiczne znaczenie w przyrodzie, postanowiłem bliżej zaznajomić Panów z tem ciałem a zarazem zdać sprawę z dalszego ciągu swych doświadczeń, przedewszystkiem co do własności konserwujących i stwardniających, pozostawiając jeszcze na później sprawozdanie z własności jego desinfekcyjnych, gdyż w tym względzie podjęte doświadczenia, dopiero są w toku.

Aldehid mrówkowy, formaldehid, metylaldehid, według najnowszej nomenklatury genewskiej metanal H. COH lub tlenek metylenu CH_2O, związek otrzymany po raz pierwszy przez Hofmanna w 1867 r., za pomocą przepuszczania pary alkoholu metylowego wraz z powietrzem przez rozżarzoną platynę

$$(HCH_2. OH + O = H_2O + H. COH),$$

jest gazem bezbarwnym, o ostrej przenikliwej woni, który woda z łatwością pochłania i ten wodny roztwór zawierający około 40% formaldehidu, wyrabiany od lat kilku fabrycznie, znanym jest w handlu jako formol (Trillat) lub formalina (E. Schering) [1]).

Formaldehid jest ciałem niezmiernie interesującem, tak pod względem chemicznym jak i fizyologicznym, na co szczególniej Bayer, Loew, Fischer, Trillat i Aronson pierwsi zwrócili uwagę.

Pod względem chemicznym z tego powodu, że pomimo swego prostego składu, jako pierwsze ogniwo aldehidów szeregu $C_n H_{2n} + _2$ okazuje wybitne własności polimeryi

[tryoksymetylen $(H. COH)^3$

CH₂
O O
CH₂—O—CH₂

paraformaldehid $(H. COH)^n$]

i daje się zagęścić przez ułożenie 6 drobin w jedną $C_6 H_{12} O_6$ w najrozmaitsze formy cukrów, mianowicie pod wpływem słabych alkaliów.

Ogólnego biologicznego znaczenia nabrał aldehid mrówkowy od czasu, gdy A. Bayer wypowiedział zdanie, że ten związek ma być pierwszym produktem assymilacyi komórki roślinnej.

Jak wiadomo, zieleń komórki roślinnej pod wpływem światła redukuje pochłonięty CO_2 i tworzy przez syntezę najrozmaitsze składniki swego ciała. Osobne okresy tej sprawy biologicznej nie są nam jeszcze znane; wiadomo tylko, że cukry rychło powstają, jednak są to zbyt złożone związki, aby w nich widzieć można było bezpośrednie produkta redukcyi dwutlenku węgla.

Według A. Bayera ma przedewszystkiem w zielonych częściach rośliny dwutlenek węgla odtleniać się na aldehid mrówkowy,

$$(CO_2 + H_2O = CH_2O + O_2),$$

który w zetknięciu ze słabemi zasadami, solami i kwasami łatwo zagęszcza się na cukry

$$(6 CH_2 O = C_6 H_{12} O_6).$$

Teorya ta nabiera tem większego prawdopodobieństwa, iż w ostatnich czasach powiodło się Fischerowi otrzymać syntetycznie z formaldehidu związek, należący do grupy cukrów: z. akrozę, co też jest jedną z najnowszych zdobyczy chemii organicznej.

Nie potrzebuję bliżej zastanawiać się nad tem, jakiej doniosłości są dla nas tego rodzaju badania, które w końcu mogą rzucić jakieś światło na istotę i tworzenie się ciał białkowatych.

Pod względem praktycznym nabiera formaldehid znaczenia przez swe zabójcze działanie na pierwoszczę komórki, daje się przeto w pewnych okolicznościach wyzyskać jako dzielny antyseptyk a nadto przez to, że pod jego działaniem tkanki organiczne doskonale się konserwują i twardnieją. Formaldehid łączy przeto w sobie trzy bardzo cenne właściwości, antyseptyczną, konserwującą i stwardniającą.

Co do własności antyseptycznych to pierwszy o tem wspomina Loew na posiedzeniu Tow. morfologiczno-fizyologicznego w Monachium dnia 1. Maja 1888 roku: ... *Physiologisch interessant ist er* (CH_2O) *durch seine Wirkung auf Eiweisstoffe, Enzyme und lebendes Protoplasma. Eine* 0·1 ‰ *Formaldehydlösung bringt Algen* (*Spirogyra*) *innerhalb 12 Stunden zum Absterben, wobei das Chlorophyllband Perforationen bekommt und das Cytoplasma Contractionen und Trubung erfährt.* Spaltpilze *konnen sich in einer sonst vortrefflichen peptonhaltigen Nährlosung nicht entwickeln, wenn* 0·1 % *jenes Aldehyds zugesetzt wird.* Sprosspilze *vertragen noch* 0·1 % *Formaldehyd in Nährlösung einige Zeit. Asseln, Würmer* (*Planarien*) *und Mollusken* (*Planorbis*) *sterben binnen 1—2 Stunden, wenn dem Wasser* 0·5 ‰ *Formaldehyd zugesetzt wird, gewisse Insektenlarven konnen jedoch bei dieser Concentration tagelang fortleben.*

Trillat w 1892 roku mówi: *Une des plus remarquables propriétés de l'aldehyde formique est son pouvoir antiseptique. En 1888. j'avais déjà remarqué que l'urine additionnée de formaldehyde devenait imputrescible*... a dalej, że świnki morskie, gdy im zastrzyknięto pod skórę 0·53 do 0·66 grm. na kilogram wagi ciała a dawka ta formaldehidu nie bywała śmiertelną, gdy 0·80 zabijała, wydzielały mocz nie ulegający gniciu.

Według Trillata formaldehid ma przewyższać sublimat co do mocy antyseptycznej, jeżeli się nie uwzględnia szybkości działania, której jeszcze dokładnie nie oznaczono.

Następne doświadczenia i badania przedsięwzięte przez Buchnera i Segalla, Aronsona, Berlioza i Trillata, Stahla, Lehmanna, Gegnera, Philippa i innych, potwierdzają jego mocne działanie antyseptyczne, pierwszy jednak F. Blum zwraca uwagę na to, że CH_2O nawet w mocnych rozczynach powoli zabija bakterye, gdy już bardzo słabe roztwory wystarczają, aby powstrzymać ich rozwój i doprowadzić do zupełnego obumarcia.

Do podobnych wyników dochodzą Slater i Rideal i Philipp.

Z powodu tej różnicy zapatrywań potrzeba jeszcze przedsięwziąć cały szereg doświadczeń i badań, ażeby dojść do zupełnie pewnych wniosków i módz praktycznie wyzyskać desinfekcyjne własności formaldehidu.

Co do własności konserwujących i stwardniających, które zamierzam Panom okazać, to pierwszy o nich wspomina Tril-

[1]) Firma Merklin i Lösekann w Hanowerze miała go pierwsza wyrabiać fabrycznie. Trillat otrzymał patent w Niemczech 1. Grudnia 1889.

lat w 1892 roku: ..... *L'aldéhyde formique a la propriété d'être rapidement absorbée de ses solutions lorsqu'on y plonge des fragments de peaux fraiches. Le tissu se gonfle et semble former une véritable combinaison analogue au cuir. Les viandes, de quelque nature qu'elles soient, se conservent indéfiniment lorsqu'elles ont été plongées dans des solutions de formaldéhyde.... L'aldéhyde formique coagule l'albumine, avec laquelle elle donne une masse transparente et d'aspect gélatineux, le sang est également coagulé* ...

Następnie Hauser robi spostrzeżenie, że para formaliny doskonale konserwuje rozwinięte hodowle na żelatynie, która przybiera konsystencyę podobną do stwardniałej w 70% wyskoku celoidiny i potem już nawet w bardzo wysokiej temperaturze nie rozpływia się więcej.

Nakoniec nadmienia F. Blum, że rozpoczynają się próby z formaldehidem celem konserwowania zbiorów w muzeum Senkenberga we Frankfurcie nad Menem.

Na podstawie powyższych danych rozpocząłem doświadczenia z formaldehidem w Październiku 1893 r. po otrzymaniu zamówionego przez aptekę p. Mikolascha w dniu 22. Października 1893. przetworu.

Gdy kilka pierwszych prób z kawałkami mięsa, skóry i różnych żywych tkanek roślinnych potwierdziło spostrzeżenia Trillata, zacząłem używać formaldehidu do przechowywania wszystkich wyciętych nowotworów, jakoteż części i całych organów oddalonych przez operacyę.

Po przeprowadzeniu różnych modyfikacyj, uważam następujący sposób konserwowania tych organów za najodpowiedniejszy; wycięte nowotwory lub organa wkłada się w 1 do 2% wodny roztwór formolu czyli formaliny na dzień lub dwa, poczem płyn zabrudzony zmieniam.

Po 8—14 dniach można już preparaty wyjąć i przechowywać w słoju szklanym ze szlifowanym korkiem, baczyć tylko należy, ażeby na dnie naczynia znajdowało się nieco płynu, t. j. ażeby preparaty znajdowały się ciągle pod wpływem wilgotnej pary formolu.

Na tak przechowanych preparatach, jak Panowie przekonać się możecie (demonstracya) nie można wyśledzić po upływie przeszło jednego roku żadnego śladu rozkładu, żadnej kolonii bakteryi, drożdży lub pleśni. Tłuszcz, skóra, nowotwory rakowe sutek, warg i jelit, gruczoły gruźlicze, jądra, torbiele, przechowują się nietylko w sposób prawie naturalny co do barwy, kształtu i wymiarów, lecz nabierają pewnej tęgości i jędrności, bez najmniejszego skurczenia, co, jak wiadomo, jest wielką wadą alkoholu.

Na przekroju wyglądają jakby zupełnie świeże, nacieki zaś rakowe odbijają doskonale od sąsiednich zdrowych tkanek jako biała zbitsza, zrazikowata masa. Tłuszcz nie uległ najmniejszej zmianie, skóra nabrała nieco tęgości, zachowała jednak elastyczność i barwę, jak to widać na brodawce sutek, mięśnie prążkowane tylko przybladły, słowem, mamy do czynienia z jednym z najlepszych po dziś dzień znanych środków konserwujących tkanki organiczne.

Do badań mikroskopijnych używałem dotychczas formolu podobnie jak F. Blum, do szybkiego zabicia i stwardnienia tkanki w 5—10% roztworze przez kilka godzin lub dni, następnie wkładałem preparat do wyskoku, rozumie się z zachowaniem zasadniczego prawidła techniki histologicznej, t. j. ażeby żywą tkankę jak najszybciej zabić a nie konserwować obumarłej.

W ten sposób przysposobiona tkanka ma tę wyższość nad stwardniałą wprost w alkoholu, iż się nie kurczy i zachowuje najnormalniejsze stosunki. Preparaty takie barwią się bardzo dobrze, substancya chromatyczna jąder występuje wybitniej, mitozy są wyraźniejsze, ciałka krwi uwidaczniają się w naczyniach włosowatych daleko lepiej niż w wyskokowych; w ogóle mogę potwierdzić w zupełności własnymi preparatami obszerniejszą pracę w tym względzie Reimara.

Różnica zapatrywań pomiędzy Hermannem, który mówi: .... *Ein Farbstoff freilich wird auch durch das Formalin zerstört, der Blutfarbstoff; derselbe wird sehr schnell aus dem Geweben und Organen ausgelaugt*... a F. Blumem .... *Die rothen Blutkörperchen treten deutlicher als bei ausschliesslicher Alkoholhärtung hervor*... polega na przeoczeniu okoliczności, że przybladła lub zbrunatniała obfita w krew tkanka z formolu, przybiera żywo czerwoną barwę napowrót gdy się ją włoży do alkoholu. Przekonać się o tem można bardzo dobrze na przykład na łożysku. Wspomina już o tem J. Blum: ..... *Allerdings verblassen die Blutbezirke und verschwinden zunächst scheinbar in der Formollösung. Nimmt man aber die Präparate aus dieser Flüssigkeit und taucht sie in nicht zu schwachen Alkohol* (60—90%), *so tritt die charakteristische Blutfärbung an ihnen wieder hervor und man erhält ein prächtiges Bild der Vertheilung der Gefässe in dem betreffenden Objekte. Am schnellsten erscheint die frische Blutfärbung in hochprozentigem Alkohol.*

Der Wechsel vom Formol und Alkohol kann wiederholt werden und es zeigen sich dabei immer wieder dieselben Reaktionen.

Co do zastosowania formaldehidu w praktyce chirurgicznej, jak to zaleca w swych okólnikach firma przedtem E. Scheringa, to muszę przestrzedz Panów pod tym względem. Formaldehid jest bowiem środkiem mocno drażniącym skórę tak, iż po użyciu na wierzch zwykłego mulowego opatrunku waty Brunsa, wystawionej przez dni kilka na działanie pary formolu, powstał bardzo mocny rumień (*erythema*) i pieczenie. Zastosowany na jakąkolwiek ranę formol, sprawia bardzo mocny ból piekący, to samo zastrzyknięty 1 grm. 0·5% roztworu w gruczoł gruźliczy.

Z tego powodu dopiero późniejsze badania o użyciu w praktyce jako środka leczniczego rozstrzygną.

Dziś już jednak musimy uważać aldehid mrówkowy za jeden z nadzwyczaj cennych środków konserwujących i stwardniających tkanki organiczne, dalsze zaś badania mogą dopiero rozstrzygnąć o ile te cenne własności formaldehidu dadzą się wyzyskać praktycznie: 1) do desinfekcyi; 2) do robót anatomicznych w prosektoryach; 3) do balsamowania.

Z badań w tym względzie podjętych zdam sprawę po ich ukończeniu. Obecnie mogę Panom zakomunikować, że podjęte na wielką skalę przez prof. Kadyego w tutejszym nowym zakładzie anatomicznym próby z formaldehidem dały wyniki nadzwyczaj uwagi godne; jest bowiem wszelka nadzieja, że tak samo jakeśmy potrafili się pozbyć rozkładu ciała żywego i gorączki przyrannej ze sal operacyjnych, tak samo potrafimy powstrzymać rozkład ciała martwego i usunąć woń tej sprawie właściwą z prosektoryów. Byłby to

pierwszy i może jedyny zakład anatomiczny w świecie, w którym żadne jeszcze zwłoki nie uległy zgniciu.

Następuje demonstracya przekrojów mózgu doskonale zakonserwowanych w formolu przez prof. Kadyiego i w jego imieniu jako nieobecnego.

Nakoniec demonstruje prelegent bardzo czułą reakcyę formaldehidu podaną przez Trillata roztworem aniliny.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

II. Grupa druga,

obejmująca przypadki, w których podawano cukier w bardzo wielkich ilościach osobom ciężarnym a to w celu przekonania się, jak w ogóle bardzo wielkie dawki cukru będą oddziaływać na matkę i płód, a w szczególności, czy cukier nie ma własności wywoływania skurczów macicy ciężarnej.

1) R. F., lat 28. Nr. prot. 177. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX. Położenie płodu czaszkowe. Przez trzy pierwsze miesiące ciąży *vomitus gravidarum;* obecnie od dłuższego czasu nic jeść nie może. Badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. 7. Kwietnia podano jej o godz. 6. rano 60 grm cukru, o godz. 8. rano 60 grm. bez skutku, o godz. 10. rano 75 grm. bez żadnego wpływu na macicę i na stan ogólny, bez dostrzeżenia żadnego wpływu na płód. W moczu tego samego dnia wykazano ślad cukru. 19. Kwietnia o godzinie 8. rano podano jej 100 grm. cukru, o godz. 10. rano 100 grm. bez żadnego wpływu, o godz. 12. 100 grm. o godz. 2. po południu 100 grm. cukru i nie dostrzeżono żadnego skutku, o godz. 4. po południu podano znów 100 grm. poczem wystąpiły słabe ściągania się macicy, słabe bóle kłujące dołem w brzuchu, bóle w krzyżach, tętno płodu nie zmienione, silne, równe, tak jak przed rozpoczęciem doświadczenia. O godz. 6. wieczór podano jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem ściągania się macicy stały się jeszcze silniejsze, ciężarna jednak dostała wśród tego biegunki i zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku podsercowym, skutkiem czego przerwano doświadczenie. W moczu wykazano cukier. Na drugi dzień biegunka mniejsza, wieczorem zupełnie nawet ustąpiła, ból w dołku mniejszy, ściągania się macicy ustąpiły, tętno płodu bez zmiany, dobre. Przez dzień 20, 21., 22. Kwietnia utrzymywał się cukier w moczu. W dniu 8. Maja urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

2) M. C., lat 25. Nr. prot. 89. Ciąża II, miesiąc księżycowy X. Mocz prawidłowy. 9. Kwietnia rano wykazało badanie część pochwową na falangę długą, rozpulchnioną, ujście szparowate przepuszcza koniec palca, ku górze szyjka się zwęża. Dnia tego o godz 8. rano podano 100 grm. cukru, o godz. 9. 100 grm. o godz. 10. 100 grm. cukru, bez żadnego wpływu. Skurcze macicy nie wystąpiły żadne, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Dnia 10. Kwietnia o godz. 6. rano podano jej 100 grm. cukru, o godz. 10. 100 grm., o godz. 1. w południe 100 grm., o godz. 4. 100 grm. i o godz. 7. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru. Dopiero około godz. 6. wieczorem zaczęła się skarżyć na ściągania dołem i ból w krzyżach, jak niemniej na bardzo silne ruchy płodu. Wieczorem zaczęła się skarżyć na nudności i ból w dołku, biegunka nie wystąpiła. Badanie około godziny 10. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, tętno płodu dobre, silne, ruchy płodu bardzo częste i silne; część pochwowa rozpulchniona skrócona, ujście dla palca drożne, szyjka ku górze rozszerza się nieco. Dnia 11. Kwietnia ustąpiły ściągania się macicy, część pochwowa i szyjka jak przed doświadczeniem. Cukier w moczu utrzymywał się przez $3^1/_2$ dnia. 23. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

3) H. N., lat 24, Nr. prot. 165. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 16. Kwietnia wykazało badanie część pochwową na falangę długą, nieco rozpulchnioną, ujście kształtu groszka, bólów porodowych nie ma. O godzinie 10. przed południem podano 100 grm. cukru, poczem według podania ciężarnej ruchy płodu były silniejsze, o godz. $11^1/_2$ podano 100 grm. poczem wystąpiły bardzo słabe ściągania dołem, o godz. 1. w południe 100 grm. a o godz. 4. po południu 125 grm. wystąpiły wybitne ściągania macicy; o godzinie $5^1/_2$ dostała 125 grm. cukru, o godz. 7. wieczorem 125 grm. a o godz. 8. wieczór jeszcze raz 125 grm. Badanie wieczorem wykazało ściągania macicy wyraźne, część pochwowa na zaniknięciu, w kształcie cypelka, ujście jak groszek. Tętno płodu dobre, ruchy mocniejsze. Wieczorem wystąpiła biegunka bez bólów. 17. Kwietnia stan ten sam, biegunki nie ma, ból w dołku, brak apetytu. 18. Kwietnia ściągania się macicy ustały zupełnie. 19. Kwietnia wykazało badanie część pochwową na pół falangi długą na nowo utworzoną, ściągań macicy żadnych. Ciężarna czuje się zupełnie zdrową, przypadów ze strony przewodu pokarmowego nie ma żadnych. Przez dzień 16., 17. i 18. Kwietnia wykazano w moczu cukier. 28. Kwietnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

4) R. R., lat 27. Nr. prot. 297. Ciąża II., miesiąc księżycowy IX. skończony. Położenie płodu czaszkowe I., płód żyje. Mocz prawidłowy. 27. Czerwca rano wykazało badanie część pochwową rozpulchnioną na falangę długą, ujście tworzy szparę poprzeczną z wrębami na koniec palca, drożne, ku górze szyja się zwęża. O godz. 10. rano 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczorem 100 grm.; wieczorem skarży się na słabe bóle dołem i w krzyżach. 28. Czerwca rano podano 100 grm., w południe 100 grm. i wieczór 100 grm. cukru, ściągania się macicy dość wyraźne, ruchy płodu bardzo silne, tętno dobre. 29. Czerwca rano 100 grm. w południe 100 grm., wieczór 100 grm. cukru, badanie wykazało skurcze macicy wyraźne, szyjka macicy rozszerza się ku górze. 30. Czerwca rano ciężarna po podaniu 100 grm. cukru dostała wymiotów i bólu w dołku i dlatego cukru więcej nie podawano. Przez cały dzień skurcze macicy coraz słabsze. Dnia 1. Lipca wieczorem badanie nie wykazało ściągań się macicy, część pochwową na falangę długą, szyjka zwęża się ku górze, tętno płodu dobre. Ból w dołku podsercowym mniejszy znacznie, biegunka nie wystąpiła. W dniach 27., 28., 29., 30. Czerwca i 1., 2., 3. i 4. Lipca wykazano w moczu cukier. 3. Lipca ciężarna czuła się zupełnie zdrową. 22. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

5) M. D., lat 28. Nr prot. 325. Ciąża II., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma. Dnia 4. Lipca rano. ciężarna bólów żadnych nie ma, część pochwowa na falangę, ujście tworzy szparę na koniec palca drożną, ku górze szyja się zwęża; rano dostała 100 grm. cukru, w południe 100 grm., wieczór 100 grm. Ruchy płodu silniejsze, bólów żadnych nie ma. Dnia 5. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem słabe ściągania dołem co $^1/_2$ godziny. 6. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm., wieczorem ściągania dołem i ból w krzyżach silniejszy, część pochwowa skrócona. 7. Lipca rano, w południe i wieczór po 100 grm. cukru, wieczorem skurcze macicy wyraźne co 20 do 30 minut silne, część pochwowa na pół falangi, ujście wygodnie przepuszcza palec, szyjka ku górze rozszerza się nieco, tętno

płodu dobre. Ciężarna skarży się na nudności i ból w dołku; przez czas doświadczenia miała 2 do 4 stolców płynnych dziennie bez bólów. 8. Lipca skurcze macicy słabe, ból w dołku i brak apetytu. 9. Lipca stan ten sam. 10. Lipca ściągań macicy i bólu w krzyżach nie ma, część pochwowa na falangę, szyjka ku górze zwęża się, tętno płodu dobre. Ból w dołku ustąpił, nudności nie ma, apetyt wrócił, stan ogólny zupełnie dobry. Od początku doświadczenia to jest od dnia 4. Lipca aż do dnia 11. Lipca znajdował się cukier w moczu w bardzo małych ilościach. 26. Lipca urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

6) L. P., lat 26. Nr. prot. 305. Ciąża III., miesiąc księżycowy IX., Położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Dnia 16. Lipca rano wykazało badanie część pochwowa rozpulchniona, na falangę długą, ujście dla końca palca drożne, ku górze szyja się zwęża. Bólów nie ma żadnych. O godzinie 8. rano podano 100 grm. cukru, o godz. 10. przed południem 100 grm., o godz. 12. jeszcze 100 grm. a o godz. 2. po południu 100 grm. Ciężarna skarży się na ciągnienie w członkach, bóle kłujące dołem w brzuchu i w krzyżach i na silne bardzo ruchy płodu. O godz. 4. po południu dostała 100 grm., o godz. 6. znów 100 grm. a o godz. 8. wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, poczem wystąpiły bardzo wyraźne skurcze macicy. Badanie o godz. 11. wieczór wykazało skurcze macicy wyraźne, ruchy płodu silne i częste, tętno płodu dobrze słyszalne, silne, część pochwowa krótka, prawie na zaniku, ujście zewnętrzne wielkości centa. Ból w dołku podsercowym znaczny, nudności i uczucie gniecenia, biegunki nie ma, przez cały dzień miała dwa stolce. Dnia 17. Lipca rano skurcze macicy wyraźne, część pochwowa prawie zupełnie zanikła, ujście na centa. Biegunki nie ma. 18. Lipca skurczów macicy nie ma żadnych, ból w dołku nie znaczny. Badanie 19. Lipca wykazało część pochwowa na nie całą falangę, ujście drożne dla palca, zwęża się ku górze, ściągań macicy nie ma żadnych, tętno płodu dobre jak przed doświadczeniem. Ciążarna czuje się zupełnie zdrowa. W dniu 16. 17. i 18. Lipca wykazano w moczu cukier. 31. Sierpnia urodziła córkę żywą, donoszoną. Połóg prawidłowy.

7) A. B., lat 25. Nr. prot. 384. Ciąża I., miesiąc księżycowy X., położenie płodu czaszkowe I. Tętno płodu dobrze słyszalne. Mocz prawidłowy. Badanie dnia 3. Sierpnia wykazało część pochwowa na falangę długą, rozpulchniona, ujście kształtu grochu. Ściągań macicy nie ma żadnych. Rano o godzinie 7. podano jej 100 grm. cukru, o godz. $8^1/_2$ rano 100 grm., o 10. znów 100 grm. cukru, a o godzinie $11^1/_2$ przed południem jeszcze 100 grm., poczem wystąpiły słabe ściągania dołem i bóle w krzyżach, ruchy płodu wzmożone, tętno płodu dobre. O godz. 3. po południu dostała 100 grm., o godz. $4^1/_2$ 100 grm., o godz. 6. znów 100 grm. a o godzinie $7^1/_2$ wieczór jeszcze raz 100 grm. cukru, wystąpiły ściągania się macicy wyraźne, bóle w krzyżach dość silne. Wieczór wystąpił ból w dołku podsercowym, nudności, wymioty i biegunka. Badanie około 11. w nocy wykazało ściągania macicy wyraźne, tętno płodu dobrze słyszalne, część pochwowa zaledwie na 2—3 milimetrów długa, a więc na zaniku, ujście jak groszek. 4. Sierpnia ból w dołku zmniejszył się, biegunka ustąpiła, skurcze macicy bardzo słabe i rzadkie. Dnia 5 Sierpnia ściągań macicy nie ma żadnych, część pochwowa wytworzyła się na nowo i jest na pół falangi długa, przypady ze strony przewodu pokarmowego ustąpiły zupełnie. Cukier w moczu wykazano 3. 4. i 5. Sierpnia. 22. Sierpnia urodziła syna żywego, donoszonego. Połóg prawidłowy.

Przypadek, który opisuję na końcu jest ważnym z powodu, iż przez podawanie cukru udało się wywołać poród przed końcem ciąży z korzyścią dla matki i płodu.

8) K. T., lat 31. Nr. prot. 193. Ciąża V., miesiąc księżycowy IX., położenie płodu czaszkowe I. nie ustalone, główka wysoko nad wchodem. Miednica płaska: D. S. = 26. D. C. = 28. D. T. = 30. cm. *Conj. extr.* = nie całe 18 cm. Pierwsze trzy porody miały być długo trwałe i ukończone przez trepanacyę i wymóżdżenie płodów, płody miały być bardzo silnie rozwinięte i wielkie. Czwarty raz rodziła w klinice położn. ginek. jak stanowczo twierdzi w IX. miesiącu, wykonano obrót na nóżki i wydobyto płód żywy, który miał żyć 4 miesiące. Obecnie ostatnią regularność miała przy końcu Lipca 1893. r. W moczu białka ani cukru nie wykazano. 7. Kwietnia podano ciężarnej olejek rącznikowy i zalecono dyetę posilną, lecz prawie wyłącznie płynną. Dnia 8. Kwietnia badanie wykazało część pochwowa na niecałą falangę, ujście szparowate, szyja zwęża się ku górze; o godzinie $6^1/_2$ rano podano jej 75 grm., o godz. $8^1/_2$ rano 75 grm., poczem miała doznać uczucia ściągania w pasie, ruchy zaś płodu wzmogły się znacznie. O godz. $10^1/_2$ przed południem dostała 100 grm. cukru a o godz. 12. w południe 100 grm.; wystąpiły słabe bóle dołem i w krzyżach. O godzinie $1^1/_2$ po południu dostała 100 grm., o godzinie 7. wieczór 100 grm. cukru, poczem wystąpiły dość silne skurcze macicy. Badanie wykazało: część pochwowa na zaniku, ujście zewnętrzne przepuszcza wygodnie dwa palce. 9. Kwietnia bóle znacznie słabsze, wieczorem ustały zupełnie, badanie wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. Przez cały dzień 10., 11. i 12. Kwietnia nie miała silniejszych skurczów macicy. W dniu 8., 9., 10. i 11. Kwietnia wykazano w moczu cukier. Badanie 12. Kwietnia wieczorem wykazało część pochwową prawie zupełnie zanikłą, ujście zewnętrzne rozwarte na koronę, brzegi rozpulchnione, podatne. O godz. 6. wieczorem podano jej 100 grm. o 8. godz. 100 grm. a o godz. 10. wieczór 100 grm. cukru. W nocy 12. na 13. Kwietnia wystąpiły bóle silniejsze, rano 13. Kwietnia ujście było już prawie rozwarte, główka wysoko nad wchodem, więcej na talerzu biodrowym lewym. O godz. 10. przed południem przy ujściu zupełnie rozwartem, pęcherzu utrzymanym wykonano obrót na nóżkę, pomoc ręczna, a wreszcie wydobycie trudne główki płodu żywego, prawie donoszonego, o ciężarze około 3000 grm., długości nie całych 50 cm. Dnia 13. i 14. Kwietnia wykazano w moczu ślad cukru. Połóg prawidłowy.

W powyższych doświadczeniach jako największą dawkę cukru przez dzień podano 800 grm. w przypadkach 3. i 7., najmniej zaś bo 300 grm. dziennie, lecz za to 3 dni z rzędu, podano w przypadku 4. a przez 7 dni z rzędu w 5. przypadku. Doświadczenia te pouczają nas, że po podaniu bardzo wielkich ilości cukru osobom ciężarnym w końcu ciąży, istniejące u nich słabe ściągania macicy potęgują się i że wystąpić mogą nawet skurcze macicy i wywołać poród. Z zestawienia zaś tych przypadków wynika, iż w celu wywołania skurczów macicy lepiej jest podawać większą ilość cukru w przeciągu jednego dnia, aniżeli przez kilka dni z rzędu mniejszą ilość, a dalej, iż w celu wywołania skurczów macicy u pierwiastek potrzeba użyć większej ilości cukru, aniżeli u wieloródek. Niekorzystnego wpływu na płód nie dostrzeżono w powyższych doświadczeniach, po większych dawkach występowały tylko silniejsze i częstsze ruchy płodu. Natomiast u osób, które poddano doświadczeniom, stale występowały w mniejszym lub większym stopniu przypady ze strony przewodu pokarmowego w postaci ostrego nieżytu żołądka i jelit tak, że u niektórych osób z tego powodu musiano natychmiast zaprzestać doświadczenia i zalecić odpowiednią dyetę. Oświadczam jednak wyraźnie, iż wymioty i biegunka występowały znacznie później po wykazaniu już silniejszych ściągań się macicy, które zatem powstawały niezależnie od zboczeń w przewodzie pokarmowym. Przypady te nieżytu żołądka i jelit w naszych przypadkach ustępowały bardzo szybko bez śladu, najdłużej bowiem utrzymywały się przez dwa dni po ukończeniu doświadczenia. O wiele ważniejszą

po podaniu bardzo wielkich ilości cukru jest stale występująca glikozurya trwająca czas dłuższy, bo utrzymująca się przez 3—4 dni po ukończeniu doświadczenia. Wprawdzie we wszystkich naszych przypadkach glikozurya ta ustąpiła bez śladu i bez widocznej szkody dla organizmu, prawdopodobnie dlatego, iż wybierano do doświadczeń osoby zupełnie zdrowe, jednak na podstawie tych ośmiu przypadków nie ośmieliłbym się twierdzić, iż glikozurya powstała skutkiem podawania tak wielkich ilości cukru ustępuje zawsze bez śladu, owszem zdaje mi się, że u osób skłonnych do glikozuryi, a za takie z wszelką pewnością na podstawie badań Neya uważać musimy osoby ciężarne i rodzące, mogłaby ona utrzymywać się w niektórych przypadkach znacznie dłużej, co z pewnością nie mogłoby być obojętnem dla całego ustroju. A zatem podawanie bardzo wielkich ilości cukru mogłoby wpłynąć niekorzystnie na zdrowie matki a pośrednio na płód i dlatego w takich doświadczeniach nie należałoby przekraczać pewnej dawki cukru, którą w przybliżeniu oznaczyć można oczywiście dopiero na podstawie wielkiej liczby doświadczeń.

Na podstawie tych wszystkich powyż opisanych doświadczeń powiedzieć możemy, że:

1) Cukier podawany w bardzo wielkich dawkach osobom ciężarnym w końcu ciąży potęguje istniejące ściągania się macicy.

2) Cukier podawany w dość znacznych dawkach osobom rodzącym tak na czasie jakoteż i przedwcześnie wzmacnia bóle porodowe tak w pierwszym, jakoteż i w drugim okresie.

3) To zwiększenie się bólów porodowych po podaniu cukru nie zawsze zależy od jego ilości i dlatego działanie cukru pobudzające na mięsień macicy nie jest pewnem a z opisu doświadczeń wynika, iż działanie to wcale nie jest znacznem.

4) Cukru w bardzo wielkich ilościach nie należy podawać ani osobom ciężarnym ani rodzącym, a to z powodu występującej i czas dłuższy utrzymującej się glikozuryi.

Wobec tego sądzę, że podawanie cukru w celu wzmocnienia bólów porodowych nie będzie miało wielkiego powodzenia i znaczenia w praktyce, co najwięcej można zdaniem moim podawać cukier z dobrym skutkiem w drugim okresie porodowym, tak w celu wzmocnienia bólów w drugim okresie, jakoteż w celu lepszego, silniejszego kurczenia się macicy w trzecim okresie porodowym. Dla uzyskania skutku w takich przypadkach nie będzie potrzeba podawać cukru zbyt wielkich ilości a więc takich, które z pewnością szkody nie przyniosą. Nie sądzę jednak, iżbym miał prawo wypowiadać ostatnie słowo w tym względzie, za mała bowiem liczba moich doświadczeń na to stanowczo nie pozwala.

IV. Oceny i sprawozdania.

K. Maydl: **Ueber subphrenische Abscesse.** Mit 8 Tafeln in Heliogravure und 12 Figuren im Texte. XI i 357. Wiedeń, nakładem J. Safara. 1894.

Słynny profesor chirurgii czeskiego uniwersytetu w Pradze przynosi nam w krótkim czasie już drugie obszerne dzieło traktujące o ważnych postaciach patologicznych. Monografia obecna, której tytuł powyżej podaję, jest, jak to sam autor w przedmowie wypowiada, jakby ciągiem dalszym poprzedniej, wydanej przed trzema laty pod tytułem: *Ueber den Echinokokkus der Pleura und die ihn vortauschenden Localisationen derselben Krankheit.*

Gdy przedmiot, o którym obecnie mowa, ma niezwykłe znaczenie nie tylko dla specyalisty operatora, lecz dla każdego lekarza, przeto pragnę Czytelników naszego pisma zapoznać przynajmniej z grubsza z treścią rozprawy pod każdym względem znakomicie obrobionej i nowy przyczynek do dyagnostyki i terapii chorób klatki piersiowej przedstawiającej.

W zarysie historycznym przytacza autor, że jakkolwiek dopiero od r. 1880, t. j. od czasu pojawienia się pracy Leydena o *pneumothorax subphrenicus*, zaczęliśmy rozprawiać i zastanawiać się nad powyższą chorobą, to bliższe poszukiwania wykazały, że nie była ona poprzednio tak zupełnie nieznaną, i wskazuje z niemieckich autorów na Volkmanna i Tillmanusa, z francuskich: Cossego, Bouchauda i Rigala, z angielskich: Fenwicka, Barlowa i Williamsa, którzy takie same, lub podobne rzeczy opisywali a nawet podobnie nazywali, a kto wie czy nie lepiej, nazwa bowiem *faux pneumothorax* może lepiej maluje rzecz, niż *pneumothorax subphrenicus*.

Następnie poświęca autor kilka kartek topografii tej okolicy, którą przedstawia dla lepszego zrozumienia w trzech przekrojach poprzecznych i trzech podłużnych, wykonanych w przepysznej heliograwurze. Szczegółów tych niepodobna mi podać nawet w skróceniu; uważam sobie za obowiązek polecić każdemu interesującemu się tą sprawą przejrzeć ten pouczający rozdział.

Pod względem anatomii patologicznej sprawy w mowie będącej, rozwija autor niezwykłe bogactwo spostrzeżeń i uwag popartych dokładnymi opisami a tu i ówdzie bardzo pouczającemi rycinami, które polecam szanownym kolegom, interesującym się temi sprawami, przestudyować, tutaj zaś podaję tylko w zarysie zdobycze z tego studyum wynikłe.

Autor dzieli ropnie podprzeponowe na śródotrzewnowe i pozaotrzewnowe według tego, czy ropień ograniczony jest otrzewną przepony i organami śródotrzewnowymi, czy też, że on znajduje się poniżej przepony, lecz nie ma żadnego związku z otrzewną i ograniczony jest organami znajdującymi się poza otrzewną.

Tak jedne jak i drugie mogą znajdować się albo po prawej, albo po lewej stronie, przyczem mają dążność do rozszerzenia się albo w kierunku poprzecznym, albo też w kierunku podłużnym. Ten pierwszy przypadek wydarza się o wiele rzadziej a szczytem tejże dążności było zdarzenie, że po obu stronach znajdowały się ropnie podprzeponowe, które naturalnie z sobą komunikowały.

Do wyjątków, mimo to spostrzeganych, należą ropnie podprzeponowe obustronne, lecz z sobą nie komunikujące. Ropnie te miały po obu stronach za punkt wyjścia nerki.

O wiele częściej mają ropnie podprzeponowe dążność do rozszerzania się w kierunku podłużnym i to w kierunku klatki piersiowej, a że one najczęściej biorą początek od wątroby lub kątnicy, przeto nie dziwnego, że ropnie te mają przeważnie siedzibę po stronie prawej.

Przytem ropnie te mają dążność do przebijania się do klatki piersiowej i to albo do przyrosłego płuca albo do wolnej jamy opłucnowej a czasem do worka osierdziowego. Tu i owdzie wydarzają się równoczesne surowicze wysięki do jamy opłucnowej lub osierdziowej w sąsiedztwie ropnia podprzeponowego, który naówczas nie przebija się do klatki piersiowej, co należy uważać nie za szczególniejsze zdarzenie, lecz za objaw wiele znaczący pod względem dyagnostycznym i terapeutycznym, o czem później będzie mowa.

Wyjątkowo nie przebija się taki ropień przez opłucną do jamy klatki piersiowej, lecz podminowawszy ją wypycha ku górze. Autor powołuje się na dwa przypadki tego rodzaju a jeden z nich przedstawia w nader pouczającym drzeworycie, który wykazuje, że ropa podmino-

wała równocześnie i otrzewnę ścienną znacznej części brzucha i wydostawała się na zewnątrz w obu kanałach pachwinowych.

Na odwrót może się przebić ropień płucny albo otok opłucnowy przeponę a raczej w nią, w ten sposób, że podminuje i oddzieli od niej jej powłokę otrzewnową, skutkiem czego znów wytwarza się ropień podprzeponowy, lecz w kierunku z góry ku dołowi.

Dalej zwraca autor uwagę na to, że takie zbiorniki podprzeponowe nie zawsze zawierają ropę, lecz że płyn tam nagromadzony może być czysto surowiczy, krwawy albo surowiczy z domieszką żółci, zresztą może wyjątkowo być także pochodzenia nowotworowego a nawet potworowato-skórzakowego.

Rozpoznanie ropni podprzeponowych należy do trudniejszych zadań dyagnostyki lekarskiej, przyczem powtarza się okoliczność nie rzadko w medycynie spotykana, że cięższe przypadki łatwiej dają się rozpoznawać, niż lekkie. Do cięższych zaliczamy te ropnie, w których wytworzyły się już gazy (*pneumothorax subphrenicus*) a rozpoznanie ich właśnie z powodu obecności gazów staje się łatwiejszem.

Barlow był pierwszym, który ze świadomością za życia rozpoznał ropień podprzeponowy i to na podstawie, że mógł wykazać zbiornik gazu poniżej zbiornika płynu obok braku jakiejkolwiek choroby płucnej, któraby mogła była wywołać odmę piersiową; dalej że nie mógł przypuszczać zrostu oddzielającego ciecz od gazów a wreszcie, że w okolicy fałszywych żeber znalazł wybitniejszy odgłos amforyczny.

Najwybitniejszemi są na tem polu zasługi Leydena, który na podstawie całego szeregu postrzeganych przez siebie przypadków zestawił pewne cechy dyagnostyczne. Przypady, na których on opiera rozpoznanie, są *a)* wypuk nad płucem po stronie ropnia daje odgłos niezwykle pełny i głęboki; *b)* brakuje stłumienia wątroby, natomiast można ją wymacać znacznie poniżej łuku; *c)* od trzeciego żebra w dół słychać zamiast szelestu oddechowego podmuch amforyczny albo oddźwięk metaliczny; *d)* brak drżenia klatki piersiowej (*fremitus*) w dolnej części prawej klatki piersiowej, natomiast wybitny odgłos przy wstrząsaniu jej; *e)* w razie wykazania stłumienia pochodzącego od wysięku, można z łatwością wykazać zmianę w położeniu jego przy zmianie w położeniu chorego; *f)* przebieg choroby wskazuje na zapalenie w brzuchu; *g)* zupełny brak kaszlu i plwocin; *h)* oddech pęcherzykowy słyszalny tylko do 3-go żebra daje się przy głębokim wdechu słyszeć znacznie poniżej; *i)* przestwory międzyżebrowe zapadłe.

Neusser przyznając trafność tych uwag, gdzie idzie o odróżnienie wolnego wysięku od ropnia podprzeponowego, przeczy, jakoby można rozróżnić na tych danych wysięk otorbiony i dodaje ważny szczegół t. j. kształt linii dolnej, która przy ropniach podprzeponowych nie rzadko bywa ku dołowi wypukła.

Scheurlen znów zwrócił uwagę na przypad, który być może nie jest patognomonicznym dla ropnia podprzeponowego, w każdym razie obok innych może być nie złą wskazówką. Jest nim ta okoliczność, że robiąc próbną punkcyę, znajdujemy w dwóch przy sobie przestworach międzyżebrowych różne płyny a mianowicie w górnym surowiczy, gdy w tuż poniżej położonym wydobędziemy cuchnącą posokę (nie ropę).

Bouchaud i Neusser wykazali możliwość powstawania oddźwięku amforyczno-metalicznego w jamie zawierającej gazy a nie połączonej przetoką ani z płucem ani z powietrzem zewnętrzem, skutkiem czego objaw ten znaleziony w danym przypadku może także być wyzyskanym pod względem dyagnostycznym.

Herrlich zwraca uwagę na znaczenie wybitnego rozdęcia klatki piersiowej i przestworów międzyżebrowych tylko w dolnym jej końcu, co poniekąd nie zgadza się z twierdzeniem Leydena, że przestwory międzyżebrowe bywają zapadłe. Większość autorów przemawia za twierdzeniem Herrlicha.

W końcu jeszcze muszę zwrócić uwagę na spostrzeżenie Pfuhla, który twierdzi, że, jeżeli trójgraniec wbity w wysięk nadprzeponowy połączymy z manometrem, słup rtęci obniża się podczas wydechu, wznosi się podczas wdechu; wręcz przeciwnie zaś ma się rzecz przedstawiać, jeżeli trójgraniec wbiliśmy w ropień podprzeponowy. Autor twierdzi, że doświadczenie to udaćby się mogło chyba tylko w początkowym okresie, póki przepona jeszcze jako tako jest ruchomą i zgadza się z Jaffego zdaniem, że nie trzeba do tego aż manometru, że wystarczy uważać na ilość i chyżość odpływu podczas wdechu i wydechu; jeżeli bowiem jest on większym podczas wdechu, to przemawiałoby za położeniem ropnia pod przeponą.

Z tego widać, że nie ma pewnych objawów, na którychby się stanowczo w rozróżnianiu oprzeć można, że jednak mamy cały szereg szczegółów, które w niejednym razie bardzo dobrze dadzą się wyzyskać a w każdym razie powinny one nas zachęcać do dalszych w tym względzie badań i spostrzeżeń.

Rokowanie przedstawia się z zestawienia dotychczasowych przypadków bardzo źle, albowiem na 179 umarło 133 z czego tylko 6 wyleczyło się bez pomocy chirurgicznej przez przebicie się ropy do jakiejś przyrodzonej jamy lub na powierzchnią ciała. Smutny ten wynik dotychczasowych usiłować ma przyczynę w tem, że z jednej strony stała na przeszkodzie nie wyrobiona jeszcze metoda dyagnostyczna, z drugiej zaś kulejąca technika chirurgiczna.

Obecne zestawienie powinno nas nauczyć, że nie powinniśmy liczyć wiele na wyleczenie naturalne, że istniejące już nawet przebicia się dobrowolne na zewnątrz nie chronią od złych następstw w dalszym przebiegu i w końcu że najwięcej jeszcze uratowano przypadków przez operacyą (na 74 operowanych wyzdrowiało 39 a umarło 35).

Dalej pouczają nas te zestawienia, że nieskuteczność operacyi miała przyczynę po największej części w tem, iż ropnie albo niedostatecznie opróżniono, albo przeoczono istnienie dalszych ropni.

Raz tylko jeden stał się sam zabieg operacyjny przyczyną śmierci. (Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie z oddziału ginekologicznego kliniki ginekologiczno-położniczej U. J. pod kierunkiem prof. Dra H. Jordana z roku szkolnego 1893/4.

Napisali

Dr. Aleksander Rosner i Dr. Ludwik Świtalski,

asystenci tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Wyjęcie macicy przez pochwę wykonywamy w następujący sposób:

I. Akt. Pacyentka, u której przez dzień lub dwa dni przedtem odwietrzono należycie pochwę i szyję maciczną sublimatem i gazą jodoformową, zostaje ułożona na wznak jak do cięcia kamienia. Pole operacyjne odsłaniamy wziernikiem Martina, który do tego zabiegu został podany i jest rzeczywiście bardzo wygodny.

II. Akt. Otwarcie jamy Douglasa i podwiązanie naczyń, które czasem z rany pochwowej krwawią. Otwarcie zatoki pęcherzowo-pochwowej i przecięcie błony śluzowej w sklepieniach bocznych.

III. Akt. Podwiązanie więzów szerokich, przyczem zaczynamy zwykle od strony lewej, co jednak nie jest niezbędnem. Używamy do tego celu 6—8—10 ligatur z grubego jedwabiu (Nr. 6) w igłach Dechampa. Macica znajduje się przy podwiązywaniu pierwszego więzu *in situ*, dlatego idzie się od dołu do góry; po przecięciu tego więzu zostaje

sprowadzone dno przed pochwę i drugi, zwykle prawy wiąz zostaje podwiązany od trąbki aż do sklepienia bocznego.

IV. Akt. Jeżeli nic nie krwawi, tamponuje się pochwę gazą jodoformową, nie szyjąc wcale rany. Wiadomo, że zabieg, o którym mowa, aczkolwiek jest w użyciu dopiero od lat 15-tu, t. j. od publikacyi Czernego, Billrotha i Schedego, ma niesłychanie dużo odmian mniej lub więcej ważnych.

Dotycza one przedewszystkiem Aktu II., III. i IV. W akcie drugim n. p. Fritsch zaczyna zabieg od podwiązania sklepień bocznych, Mackenrodt od otwarcia zatoki pęcherzowo-pochwowej a Schatz chowa oddzielenie pęcherza od szyi macicznej na sam koniec. W akcie trzecim tylko niektórzy operatorowie podwiązują więzy *in situ*, inni, jak Czerny, Fritsch i t. d. przechylają macicę ku przodowi i wyprowadzają przez sklepienie przednie; Schröder i Martin przeciwnie przez sklepienie tylne, jedni wiążą jedwabiem, inni katgutem, jeszcze inni zalecają ligatury elastyczne a nawet metalowe. W końcu (Spencer Wells, Pean, Richelot) dość znaczna liczba francuskich operatorów nie używa wcale podwiązek, zastępując je stałym dłuższy czas trwającym uciskiem za pomocą specyalnych kleszczyków (pince).

I w akcie czwartym postępowanie może być rozmaite. Można zamiast gazy użyć drenu gumowego lub szklanego i nie szyć wcale rany, można ją zaszyć częściowo, można ją w końcu zeszyć całkowicie.

Z tych wszystkich odmian (a wyliczyliśmy tu tylko ważniejsze), można naturalnie utworzyć cały szereg rozmaitych metod i spierać się o to, która z nich lepsza. Pierwszeństwo zdobyć sobie musi ten sposób, który dawać będzie najlepsze wyniki chwilowe i najlepiej będzie zabezpieczać przed nawrotem cierpienia; innemi słowy ten, który pozwoli nam szeroko wycinać tkankę okołomaciczną, nie narażając moczowodów na przecięcie. Poza tem użycie tego lub owego sposobu jest rzecza obojętną. To też oprócz sposobu wyżej opisanego używaliśmy i innych a obecnie t. j. w roku bieżącym operujemy zaleconą niedawno metodą Mackenrodta [25]).

W najbliższej przyszłości zamierzamy zastąpić ligatury stałym uciskiem według metody Richelota. Nie stosowaliśmy jej dotąd dlatego, że nie ufamy naszym narzędziom; zastąpimy je sprowadzonemi z Paryża. Nie ubliża to w niczem naszym fabrykantom instrumentów, gdyż to samo uczynić musiał i Abel [26]) z Berlina, nie mogąc bez obawy używać narzędzi z fabryk miejscowych. Metoda Richelota zdaje się, że ma oprócz tego, że skraca operacyą i zapewnia hemostazę, i tę zaletę, że przyspiesza leczenie pooperacyjne. Oddzielanie się bowiem ligatur nie odbywa się w każdym przypadku w dwóch lub trzech tygodniach. Znamy przypadki, w których miesiącami trzeba było czekać na wyjście jednej lub dwóch nitek.

Co się tyczy wyników trwałych, to nie możemy o nich mówić, opisując trzy tak świeże jeszcze przypadki; przecież i po pięciu latach choroba może jeszcze powrócić (Ott). Czy w naszych przypadkach powróci, nie wiemy, ale niestety prawdopodobieństwo wysnute ze statystyk za tem przemawia. Całkowite wyleczenie jest dosyć rzadkie, ale jak słusznie mówi Richelot [27]) „trzeba być skromnym i zadawalać się małem“.

Jak widzimy ze zestawienia, mieliśmy do czynienia dwa razy z rakiem szyi, raz z rakiem trzonu, raz z mięsakiem trzonu. Przypadek raka trzonu należy do dość rzadkich.

Według Szukitsa wydarza się on tylko raz na 420 przypadków raka szyi, według innych autorów znacznie częściej (Schatz $2\frac{1}{2}$%, Schroder 3·4%, Pichot 6%).

Przypadek mięsaka jest jeszcze o tyle bardziej zajmującym, że mimo dokładnego badania klinicznego i mikroskopowego zaszła tu pomyłka dyagnostyczna. Twór, który palcem można było dobrze obmacać, musieliśmy uważać za polip łożyskowy, bo za tem przemawiały wywiady, cały stan obecny i co najważniejsza, wynik badania drobnowidowego. Tymczasem dalszy przebieg pouczył nas, że mamy do czynienia z mięsakiem. Zachodzi naturalnie pytanie, czy był on już wtedy mięsakiem, kiedyśmy go łyżeczką wydalali. Nie da się wykluczyć, że właśnie w resztach doczesnej i kosmków łożyskowych mógł się rozwinąć mięsak tak, jak może niewątpliwie powstać z niewinnego włókniaka macicy.

3) *Fibryomata uteri*. L. p. 58. S. H., lat 40, izraelitka, zamężna z Ulanowa. Dyagnoza: *Fibromyoma uteri subserosum*. Leczenie: *Exstirpatio tumoris met. Martin.*

Wywiady: Zamężna od lat 17. Rodziła 4 razy, ostatni raz przed 7 laty. Porody i połogi prawidłowe. Od 14 miesięcy uważa stałe powiększanie się brzucha. Od tego czasu regularność, która odbywa się co miesiąc jest poprzedzana bólami w krzyżach i dołem, zresztą nie doznaje żadnych przypadłości.

Stan obecny: Osoba wzrostu średniego, budowy miernej, źle odżywiona. Ciepłota prawidłowa, tętno 80. Brzuch lekko obwisły, wypuklony przez guz wychodzący z miednicy małej, który rozciąga się dość jednostajnie na boki i sięga w linii środkowej do wyrostka mieczykowatego, po bokach aż do okolic podżebrowych. Od spojenia do końca tumoru 39 cm., obwód przez pępek 91 cm., a przez największą wypukłość 94 cm. Guz ten niebolesny i nieporuszalny ma powierzchnię gładką, jest zbitości miernej. Odgłos wypukowy nad tumorem stłumiony, zresztą bębenkowy.

Badanie przez pochwę: Na wysokości falangi, poza wejściem do pochwy, przednia ściana pochwy znacznie wypukłona przez dolny odcinek wyżej opisanego guza. Części pochwowej wybadać nie można, dopiero w uśpieniu chloroformowem badając całą ręką można z trudnością dojść do ujścia zewnętrznego, znajdującego się ponad wzgórkiem kości krzyżowej. Dnia 3. Marca 1894. w narkozie chloroformowej, w ułożeniu poleconem przez Trendelenburga przystąpiono do operacyi Po rozcięciu powłok brzusznych (od spojenia tonowego prawie aż do wyrostka mieczykowatego) badanie bezpośrednie wykazało, że guz ten większy, niż głowa dorosłego człowieka wchodzi ku dołowi i w głąb miednicy małej tak, że ztąd objąć go nie można a na boki rozprzestrzenia się pomiędzy blaszkami więzadeł szerokich sięgając po stronie lewej aż do kreski *S romani*. Po podniesieniu guza ku przodowi, co udało się łatwo, gdyż nie było żadnych zrostów, pokazało się, że guz ten wychodzi z przedniej ściany macicy i zostaje z nią w związku na dosyć szerokiej przestrzeni i że macica jest znacznie wyciągniętą ku górze.

Trąbki i jajniki torbielkowato zwyrodniałe przylegały po obu stronach do tylnej powierzchni guza. Po założeniu dwóch szwów jedwabnych prowizorycznych w górnej części rany w celu zapobieżenia wysuwaniu się jelit na zewnątrz jamy brzusznej przystąpiono do wyłuszczenia guza, co zrobiono w następujący sposób. Po stronie prawej guza po podwiązaniu przecięto część więzadła szerokiego, torując sobie w ten sposób drogę pomiędzy guzem a otrzewną go pokrywająca. Następnie od tego miejsca przecinano coraz dalej otrzewną i guz na tępo oddzielano: oddzielenia guza od przedniej ściany macicy nieco trudniejsze udało się jednak dokonać na tępo. Większe naczynia krwionośne po oddzielaniu chwytano zasuwkami. W ten sposób oddzielono cały guz i wydobyto na zewnątrz. Po wydobyciu guza pozostała duża jama, z powierzchni której spływała dość obficie krew, dlatego jamę tę mocno wytamponowano i zastosowano ucisk. W dalszym ciągu zeszyto powierzchnię rany dosyć obficie krwawiącą, powstałą na przedniej ścianie macicy po oddzieleniu guza za pomocą szwu katgutowego kilkupiętrowego. Następnie po odcięciu obu zwyrodniałych jajników przystąpiono do podwiązania naczyń krwawiących z powierzchni rannej jamy, dotąd gazą jodoformową wytamponowanej. Skoro to uskuteczniono, zespojono po stronie lewej dwie przeciwległe blaszki otrzewny tworzącej wiąz szeroki lewy i kreskę *S romani*, zbywającą otrzewnę odcięto a brzegi torebki otrzewnowej

[25]) Zeitschrift f. Geb. u. Gynakol. XXIX. p. 157.
[26]) Archiv f. Gynakol. XLVI p. 177.
[27]) Richelot: L'hysterectomie vaginale 1894. p. 28.

zeszyto z otrzewną ścienną dolnej części rany brzusznej i całą ranę po guzie pozostałą wytamponowano wypłukana z jodoformu gazą jodoformową. Poczem w zwykły sposób zespojono resztę powłok brzusznych i założono opatrunek antyseptyczny. Operacya trwała $1^{1}/_{2}$ godziny. Stan chorej po operacyi był bardzo zły, tętno zaledwie wyczuwalne, kończyny chłodne, twarz sinawo blada. Pomimo stosowania całego szeregu środków pobudzających stan chorej się pogarszał, tak, że tego samego dnia zakończyła życie. Śmierć w tym przypadku nastąpiła wskutek znacznej utraty krwi w krótkim czasie, co z powodu odłuszczania tak dużego guza uniknąć się nie dało.

P. J. D. lat 50, zamożna, z Polanki. Rozpoznanie: *Fibromyomata corporis uteri intramuralia multiplicia, fibroma subserosum uteri nec non fibroma ovarii sinistri, ambo in cavo Douglasii incarcerata.* Leczenie: *Amputatio uteri supravaginalis.*

Wywiady: Rodziła dwa razy prawidłowo. W Sierpniu 1892. zaczęła krwawić. Leczenie hidrastinum, ergotyną i elektrycznością nie odniosło pożądanego skutku, a stan chorej z powodu ciągłych krwawień doszedł do tego stopnia chronicznej niedokrewności, że chora nie mogła się ruszać z łóżka i zaczęła gorączkować. Na życzenie rodziny zdecydowaliśmy się na operacyę, która wobec ogólnego stanu chorej nie dawała wielkiej szansy powodzenia.

Stan obecny: cera woskowa blada, tętno nikłe, chybkie, stan podgorączkowy. Na szerokość trzech palców nad spojeniem łonowem tumor o cechach włókniaka. Badanie oburęczne wykazuje macicę jednostajnie powiększoną, do spojenia przysuniętą, a nadto guz twardy w związku z macicą zostający, wypełniający jamę Douglasa, ruchomy.

1. Czerwca 1894. przystąpiono w narkozie eterowej do operacyi. Po rozcięciu powłok brzusznych bez trudu wydobyto dwa guzy uszypułkowane z jamy Douglasa, z których jeden był włókniakiem macicy, drugi jajnika lewego. W samym miąższu macicy można było dostrzedz równocześnie kilka nowotworów.

Guz jajnikowy podwiązano i odcięto, poczem wykonano typową amputacyą nadpochwową macicy, z pomocą igieł Zweifla. Chora straciła podczas operacyi bardzo niewielką ilość krwi wodnistej. Następnie zeszyto powłoki i założono opatrunek antyseptyczny.

Stan chorej po operacyi pogarszał się coraz więcej a wszelkie środki podniecające nie byłyby w stanie wzmocnić słabnącej coraz bardziej czynności serca. W trzecim dniu po operacyi chora zakończyła życie.

Powyższy wynik operacyjny, pomimo tak gładkiego przebiegu operacyi, jest tylko jednym z licznych dowodów, że ogólny stan zdrowia decyduje często o pomyślnym wyniku operacyjnym. (Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby dzieci.

Quisling (w Chrystyanii): **Kliniczne studya nad żółtaczką noworodków.**

Żadna z istniejących, tak licznych teoryj powstawania żółtaczki noworodków, t. j. ani teorye pochodzenia jej ze krwi (*hematogenes*), ani też teorye upatrujące jej przyczynę w wątrobie (*hepatogenes*), nie zostały dotąd ogólnie przyjęte a zdania badaczy są co do tej sprawy podzielone. Autor obserwował ściśle 50 przypadków tej choroby i na tej podstawie kreśli obraz kliniczny żółtaczki noworodków a ścisłemi pomiarami wagi ciała, ciepłoty i tętna stara się uzupełnić pewne niedość dotąd uwzględniane objawy. Częstość pojawiania się żółtaczki u dzieci urodzonych w szpitalu oblicza na 26%, u dzieci po za szpitalem na 5%. Czas trwania choroby obliczono średnio na 4—6 dni. Podwyższenie się ciepłoty wykazano w 26·8% przypadków, niedostrzeżono zaś zwolnienia tętna tak częstego w żółtaczce u dorosłych. Badanie moczu wykazywało stale obok barwików żółciowych także i kwasy żółciowe a okoliczność ta pozwala wykluczyć pochodzenie tej żółtaczki ze krwi. Baczną uwagę zwrócił autor na stan przewodu pokarmowego i twierdzi na podstawie swych spostrzeżeń, że wszystkie dzieci chore na żółtaczkę okazywały także przypady żołądkowo-jelitowe a sekcya wykazywała również zmiany w żołądku i kiszkach. Wobec tego niewaha się autor wyrazić zdania, że przyczyn żółtaczki tej szukać należy zupełnie analogicznie do przyczyn u osób dorosłych tylko w zboczeniach przewodu pokarmowego a twierdzenie swoje opiera na spostrzeganych za życia objawach i na zmianach wykazanych sekcyą. (*Archiv für Kindhlkde.* XVII.) *Dr. Raczyński.*

Zapiski terapeutyczne.

43. Skazówka do użycia surowicy przeciwbłoniczej. Doniósłszy niedawno (w Nrze 6. *Przeglądu lekarskiego*), że zakład Pasteurowski w Paryżu sprzedaje obecnie aptekarzom surowicę przeciwbłoniczą Rouxa, podajemy teraz skazówkę do jej użycia według ogłoszenia tegoż zakładu Pasteurowskiego.

Surowica przeciwbłonicza jestto surowica konia uodpornionego przeciw błonicy. Zachowuje ona swe przymioty lecznicze, jeżeli ją się trzyma w miejscu chłodnem i ciemnem bez wyjmowania z pudełka flaszki, w której się mieści. Surowica przeciwbłonicza traci swą skuteczność w ciepłocie wyższej od 50° C. a dla utrwalenia swej skuteczności zawiera w sobie nieco kamfory.

Działanie zapobiegawcze. Surowica przeciwbłonicza użyta w ilości 5 cm.³ wytwarza przemijającą odporność przeciw błonicy, trwającą od 4—6 tygodni; można ją przeto wstrzykiwać podskórnie osobom wystawionym na niebezpieczeństwo zarażenia się. Moc zapobiegawcza surowicy wyrabianej w zakładzie Pasteurowskim wynosi 50000, co znaczy, iż wystarcza wstrzyknąć śwince morskiej z tej surowicy ilość równą $^{1}/_{50000}$ jej ciężaru, ażeby mogła znieść bez szkody dawkę jadowitej hodowli lub toksyny zabijającej świnki nieuodpornione przynajmniej w 30 godzin. Ta moc surowicy odpowiada surowicy o 100 do 200 jednostkach immunizacyjnych według Ehrlicha.

Działanie lecznicze. Surowica przeciwbłonicza wstrzyknięta w ilości dostatecznej leczy błonicę, byleby niezbyt daleko zaszłą. Dawka skuteczna zależy od wieku chorego i stopnia choroby. Potrzeba 5—10 cm.³, jeżeli choroba występuje groźnie i trwa już kilka dni. Niekiedy trzeba dojść do 30 cm.³ i więcej w przypadkach bardzo ciężkich, osobliwie tych, w których konieczną jest tracheotomia; niepodobna przeto z góry oznaczyć dawki potrzebnej do wyleczenia danego przypadku, lecz należy kierować się temperaturą, tętnem i stanem ogólnym chorego. Dopóki temperatura w odbytnicy nie spadnie poniżej 38°, nie można choroby uważać za skończoną. W ogóle oddzielają się błony wrzekome w 24 godzin po wstrzyknięciu, jeżeli dawka surowicy była dostateczna.

Gdy dziecko okazuje przypady zwężenia krtani, można często uniknąć tracheotomii, jeżeli po raz pierwszy wstrzyknie mu się 15—20 cm.³ surowicy i w razie poprawy niedostatecznej, wstrzyknie się powtórnie 10—20 cm.³. Lepiej jest odrazu wstrzyknąć dostateczną do wstrzymania choroby ilość surowicy, niż robić wstrzykiwania w znacznej liczbie a słabe.

Co do ilości, uważać można za prawidło, że u dzieci bardzo małych, nie mających jeszcze roku, należy się wstrzyknąć tyle centymetrów sześciennych, ile dziecko ma miesięcy. U dorosłych nie ma potrzeby, z wyjątkiem przypadków bardzo ciężkich, przekraczać przy pierwszem wstrzyknięciu dawki 15—20 cm.³, gdyż jakkolwiek dorośli ważą więcej, są odporniejsi na chorobę; nie ma przeto potrzeby działania tak energicznie przeciw błonicy u nich. Bez prawdziwej potrzeby nie należy wstrzykiwać powtórnie.

Wstrzykiwania same należy robić w tkankę łączną podskórną, w bok tułowia, oczywiście ze wszystkiemi ostrożnościami przeciwgnilnemi a zatem miejsce, gdzie ma się wstrzykiwać surowicę, należy obmyć albo roztworem 2% kwasu karbolowego, albo 1‰ sublimatu; przed samem

wstrzyknięciem trzeba wyjałowić strzykawkę i igłę przez zanurzenie w zimnej wodzie, którą potem ogrzewa się w kwadransie aż do wrzenia. Po wstrzyknięciu należy miejsce wbicia igły pokryć watą antyseptyczną. Wstrzyknięcie samo jest bardzo mało bolesne a płyn wstrzyknięty ulega wkrótce wessaniu.

Przed wstrzyknięciem trzeba się przekonać, czy płyn przeznaczony do wstrzyknięcia jest przeźroczysty. Lekki osad na dnie flaszeczki nie jest bynajmniej znakiem zepsucia się płynu.

Każdy przypadek błonicy powinno się zbadać bakteryologicznie, gdyż jedynie rezultat tego badania rozstrzyga, czy dany przypadek nadaje się do leczenia surowicą i jakich należy użyć środków do zapobieżenia rozszerzeniu się choroby. Ponieważ jednak leczenie surowicą jest tem skuteczniejsze, im we wcześniejszym rozpocznie się okresie choroby, przeto pod pozorem czekania na rezultat badania bakteryologicznego nie wolno ociągać się z wstrzykiwaniem surowicy, osobliwie w przypadkach poważnych, ze znacznem podniesieniem się ciepłoty.

Ponieważ wstrzyknięcie surowicy w chwili właściwej zapobiega ogólnemu zatruciu błoniczemu, przeciw któremu surowica nie działa, przeto porażenia, nieregularność tętna i oddychania po wstrzyknięciu surowicy są znakiem, iż użyto surowicy albo już za późno albo w ilości niedostatecznej.

N i e d o g o d n o ś c i s u r o w i c y. Po wstrzyknięciach surowicy spostrzega się dosyć często pokrzywkę, która występuje najczęściej w 8 dni po rozpoczęciu leczenia. Osutka ta, której towarzyszy niekiedy nieznaczne podniesienie się ciepłoty ciała, znika wkrótce bez żadnych następstw. O wiele rzadziej występuje w rozmaitych postaciach rumień *(erythema)*, jeszcze rzadziej towarzyszy tej osutce obrzmienie bolesne stawów. Te przypady, którym dorośli, zdaje się, ulegają częściej niż dzieci, są tylko przelotne i nie mają żadnego szczególnego znaczenia. *(La Médecine moderne.* 27. Marca 1895).

44. Féré: O c i ą g ł e m z a d a w a n i u b r o m u p o d c z a s p o z o r n e g o w y l e c z e n i a p a d a c z k i *(epilepsia)*. Wiadomo, że przez zadawanie systematyczne i długie przetworów bromu dają się zgubić zupełnie napady padaczki tak, iż możnaby myśleć o wyleczeniu zupełnem tej choroby.

Dokładne spostrzeżenia w tej mierze w szpitalu Bicêtre przekonały autora, iż w największej liczbie przypadków tego rodzaju nie ma bynajmniej wyleczenia, lecz tylko wstrzymanie napadów, które po przerwie nieraz nawet i kilkoletniej ukazują się z równą, co przedtem gwałtownością.

Zadawanie przeto przetworów bromu ciągłe powinno być bezwzględną regułą w leczeniu padaczki i w tej mierze winien lekarz oprzeć się stanowczo prośbom chorych.

Należyte używanie przetworów bromu nie łączy się z żadnemi niedogodnościami dla chorego. Dawka powinna być taka, aby z jednej strony wystarczała do skutku, z drugiej, by ją chory dobrze znosił.

W ogólności można powiedzieć, że przypady przygnębienia nerwowego, które spostrzega się pod wpływem ciągłego zadawania bromu, są skutkiem zboczeń w przewodzie pokarmowym, którym można zapobiedz mniej lub więcej zupełnie antyseptyką jelitową. Jeżeli jednak przewód pokarmowy cierpi od przetworów zwykłych bromu (bromku potasu i sodu), można na jakiś czas przejść do bromku strontu. Objawy na skórze, po części już zmniejszone przez antyseptykę w jelitach, dają się ograniczyć znów przez antyseptykę skórną: częste kąpiele proste, kąpiele sublimatowe, jeżeli skóra jest nietknięta, kąpiele z kwasem borowym lub rozpylania zgęszczonych roczczynów tegoż kwasu w razie owrzodzeń na skórze.

Chory powinien unikać wszelkich wpływów sprzyjających wystąpieniu przypadów bromicy *(bromismus)*, jak zimna, wzruszeń umysłowych i fizycznych.

Wreszcie należy się wystrzegać przypisywania zatruciu bromem przypadów, które doń nie należą, jak okresów apatyi graniczącej mniej lub więcej z osłupieniem, tak częstem u epileptyków, osłabienia pamięci i pojętności skutkiem zawrotów nieraz o tyle częstszych, o ile rzadszemi są napady z drgawkami pod wpływem leczenia. Wszystkie te przypady nie towarzyszą zboczeniom w przewodzie pokarmowym właściwym bromicy i nie wymagają wcale przerwania leczenia. *(La Semaine médicale.* 27. Marca 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 8. Marca 1895 r.

Przewodniczący kol. Festenburg. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto po krótkiej dyskusyi.

2) Kol. Uhma przedstawił dwa przypadki *keratoma palmare et plantare hereditarium*, mianowicie u dziewczyny lat 18-tu, z której rodzeństwa pięcioro tę zmianę okazywało a drugich pięcioro nie i u matki jej lat 40-tu, która wprawdzie o rodzeństwie swem szczegółów podać nie umie, która jednak wie, że jej ojciec przedstawiał te same zmiany. Mówca zwraca uwagę na miękkość i podatność wybujałego przyskórka, zwłaszcza u córki, bo u matki, przedewszystkiem zaś po bokach stop, przyskórek wybujały jest suchszy, kruszy się i pęka miejscami. Zmiany zajmują najwybitniej części boczne, same granice dłoni, stóp i palców. Można jednak i na grzbiecie palców widzieć guziczki przerosłego przyskórka z charakterystycznemi bardzo na szczycie wyżłobieniami, które i na dłoniach, miejscami jedno obok drugiego gęsto ustawione widzieć można. Dalej przedstawia U. chora na *pemphigus vulgaris* Żydówkę, lat 50-ciu, u której odnowa przyskórka nadzwyczaj szybko postępuje. U chorej tej, która już za czwartym nawrotem przebywa w szpitalu, mówca miał sposobność spostrzegać, jak jednego dnia powstał po gorączce pęcherz u nasady nosa, drugiego dnia odstał przyskórek na całem czole i skroniach a po paru dniach pod pudrem rzecz przygoiła się zupełnie, nie pozostawiając najmniejszego śladu tak rozległego ubytku przyskórka.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat anatomiczny z noworodka przedstawiający objawy obojnactwa. Zewnętrznie widać dobrze wykształcone prącie i worek mosznowy zupełnie zamknięty, w jamie brzusznej zaś znaleziono macicę i jajniki. Ponieważ jednak mówca nie miał dotąd czasu przekonać się, czy istnieją w tym przypadku jądra i czy cewka komunikuje rzeczywiście z pęcherzem a boi się zniszczyć preparat przy pospiesznem rozbieraniu, przeto dokładniejszą demonstracyę i dyskusyę nad tym przypadkiem odłożono do najbliższego posiedzenia.

4) Kol. Wehr: O formaldehidzie (z demonstracyami). (Odczyt umieszczony w niniejszym numerze).

Dyskusya: Kol. Stroynowski zwraca uwagę na poruszoną przez prelegenta własność formaldehidu desinfekcyjną. Zdaniem mówcy, ten właśnie przymiot preparatu, jeśli tylko praktycznie da się zastosować, będzie najcenniejszym. Wyjaławianie parą napotyka różne trudności a wprost śmieszną jest funkcya, jaką spełnia lwowski przyrząd desinfekcyjny. Mówca może zapewnić, że miasto podjęłoby koszta przeprowadzenia prób w zastosowaniu formaldehidu do tych celów i prosi prelegenta, by zechciał pomyśleć nad sposobami takiego zastosowania.

Kol. Wernicki odbiega może od przedmiotu, ale ponieważ mowa o przyrządach desinfekcyjnych, przedstawia złe urządzenie przyrządu desinfekcyjnego lwowskiego i przeciwstawia mu urządzenia istniejące w innych miastach. Mówca sądzi, że miasto, jeśli chce w tym względzie działać, powinno przedewszystkiem postarać się o przyrząd desinfekcyjny parowy, odpowiadający wymaganiom dzisiejszym. Przyrząd taki będzie miał tę zaletę, że działał będzie pewnie a szybko, podczas gdy formaldehid, jak to prelegent zaznaczył, nawet w zgęszczonych roczczynach zwolna tylko wyjaławia.

Kol. Uhma oświadcza, że prelegent zapowiedziawszy odczyt o formaldehidzie mówił też przeważnie o nim samym tylko a dość pobieżnie tylko wspomniał o sposobach zastosowania jego. Mówca próbował używać formaldehidu do przechowywania preparatów anatomicz-

nych i do utrwalania preparatów dla mikroskopowego badania. O ile pierwsze rzeczywiście bardzo ładnie się przedstawiają, o tyle drugie stawały się kruche, skutkiem czego nie można było przyspasabiać z nich dość cienkich skrawków. Prosi zatem prelegenta, by podał swoje sposoby.

Kol. Wachholz z własnego wprawdzie doświadczenia nie wiele mógłby o tem powiedzieć, pamięta jednak, że prof. Browicz, który próbował formaldehidu i bardzo go chwalił jako środek nadający się do przechowywania preparatów makroskopowych, przestał go używać w celu stwardniania preparatów mikroskopowych z powodów poruszonych przez poprzednika mówcy.

Kol. Wehr. W sprawie praktycznego wyzyskania antyseptycznych własności formaldehidu, z powodu różnicy zapatrywań dotychczasowych badaczów, przedsięwziął mówca szereg doświadczeń, z których wkrótce zda sprawę. Co do uwag koll. Uhmy i Wachholza, zapewnia mówca, że rzecz zależy od techniki a mianowicie od dokładnego stwardnienia w alkoholu preparatów utrwalonych w formaldehidzie.

5) Kol. Obtułowicz nadesłał sprawozdanie o przebiegu epidemii w powiecie lwowskim.

W miesiącu Lutym pojawił się dur osutkowy w dwu miejscowościach, na krańcu wschodnim powiatu (w Bilce szlacheckiej i Zuchorzycach). Przebieg choroby dotąd bardzo łagodny a odsetka śmiertelności wynosi zaledwie 4%.

Dur brzuszny pojawił się tylko w kilku miejscowościach w okolicy Szczerca.

Odra panuje w Podliszkach, szkarlatyna w nielicznych przypadkach w Sknilowie.

Nie wyczerpawszy porządku dziennego skończono na tem posiedzenie.

Sekretarz: *Uhma.*

VI. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894 roku.

Napisał

Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50 z r. z.).

Posiedzenie trzecie d. 24. Lipca o godz. 4. po południu.

Przewodniczący Dr. Szuman z Torunia.

VI. Dr. **Fr. Neugebauer** okazał szereg preparatów szkieletowych, kręgosłupa i miednicy, przedstawiających zmiany chorobowe (*spondylolisthesis, fractura*) i omówił sposoby ich powstania, poczem miał wykład: *O zarośnięciu i zwężeniu pochwy.* Wykład ten, oparty na licznych spostrzeżeniach, własnych i bogatej kazuistyce z literatury, nienadaje się do krótkiego streszczenia. Rzecz, sama przez się na pierwszy rzut oka sucha i mało zajmująca, ilustrowaną była mnóstwem rysunków i podobizn fotograficznych i wypowiedziana z takim humorem, iż słuchacze z zainteresowaniem i przyjemnością wysłuchali przeszło godzinę trwającego odczytu.

VII. Dr. **Kryński.** *O leczeniu chirurgicznem zapaleń otrzewny.* Wykład ten drukowany był w całości w Nr. 48, 50, 51 i 52. *Przeglądu lekarskiego* z r. z.

W dyskusyi nad odczytem Dra Kryńskiego zabrał głos Dr. Szuman. Wykonał on laparatomię z powodu gruźliczego zapalenia otrzewny cztery razy. Z tych w jednym przypadku, w ranie brzusznej, na razie zagojonej przez rychłozrost, powstały później przetoki kałowe; w drugim dalsze losy chorej nie są wiadome. Pozostałe dwa przypadki dały wynik pomyślny: w jednym z nich wyleczenie stwierdzono w $1^1/_2$ roku po operacyi, w drugim we dwa lata. Wobec tego prosi mówca uczestników posiedzenia, by podali, jak często spotykali się w tych razach ze stałem wyleczeniem. Co do przyczyn dobrego wyniku, otrzymywanego w tych przypadkach przez leczenie operacyjne, jest on zdania, że najwięcej prawdopodobnem jest tłómaczenie Königa.

Dr. Ziembicki zwraca uwagę na leczenie operacyjne zapaleń otrzewny, powstałych wskutek przedziurawienia, jelita u chorych na dur brzuszny i wnosi, by poddano tę kwestyą pod obrady przyszłego zjazdu chirurgów polskich.

Dr. Załozicki uznaje potrzebę wypróbowania operacyjnej metody leczenia takich przypadków *peritonitis e perforatione* i dlatego przystaje na wniosek Dra Ziembickiego. Mówca miał sam w swej praktyce podobny przypadek, gdzie chory w 15-ym dniu duru dostał przedziurawienia kiszki a ocalał jedynie dzięki pomocy operacyjnej.

Dr. Drobnik jest zdania, że przyczyną zapaleń ropnych otrzewnej, powstałych po przedziurawieniu kiszki, bywa zwykle *bacterium coli commune.* Raz tylko wyhodował Dr. Drobnik w takim przypadku gronkowce i raz dwoinki Friedländera. W przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej bez poprzedniego przedziurawienia kiszki znajdował mówca rozmaite bakterye ropotwórcze; przypadki te mają przebieg kliniczny względnie łagodny i dają zwykle przy leczeniu operacyjnem wyniki dobre.

Dr. Bańacz wykonywał laparatomię, dwa razy w zapaleniu otrzewnej gruźliczem i raz w zapaleniu ropnem po *paratyphlitis.* Pierwszy z tych przypadków dotyczył dziecka trzyletniego. Operował tu Dr. B. metodą Lauensteina: wypuściwszy około 2 litrów płynu, osuszył otrzewnę i poddał ją na dziesięć minut działaniu promieni słonecznych. Od czasu operacyi upłynęły cztery miesiące: płynu w otrzewnej niema zupełnie, chora wygląda znacznie lepiej. W drugim przypadku miał mówca do czynienia z chorym w wieku lat 43, ze stłumieniami w szczytach płuc i dużym guzem w jelicie ślepem; prócz tego, w czasie operacyi dostrzegł małe guzki na otrzewnej trzewiowej, otrzewnej ściennej i na sieci. Obrzękłe jelito pokryte było grubą warstwą płynu gęstego, galaretowatego; w danym przypadku ograniczył się mówca do osuszenia otrzewnej i zaszycia jamy pochwowej. Badanie chorego w miesiąc po operacyi wykazało, że obrzęk guzowaty ustąpił, stan ogólny się polepszył, ilość laseczników gruźliczych w plwocinie zmniejszyła się. Przyczyn skutecznego działania laparatomii w zapaleniu otrzewnej gruźliczem dotychczas dokładnie nie znamy. Dr. Barącz tłómaczy je sobie działaniem światła słonecznego po otwarciu otrzewny, co wpływa ujemnie na laseczniki, nadto pewnem podrażnieniem otrzewny, wywołującem polepszenie stosunków jej odżywczych. Trzeci przypadek tyczył się dziewczynki dziewięcioletniej; miała ona *perityphlitis,* z którego następnie powstało rozlane zapalenie ropne całej otrzewny. Po otwarciu jamy brzusznej wypuścił z niej około 2 litrów ropy, przepłukał ją następnie ośmiu litrami ciepłego 2% roztworu kwasu borowego i wprowadził do rany brzusznej sączki. W dalszem leczeniu mówca obracał często chorą brzuchem na dół, według sposobu polecanego przez Koniga w przypadkach ropotoku klatki piersiowej; ostatecznie w tym przypadku nastąpiło zupełne wyleczenie chorej.

Dr. Kader zapalenia otrzewnej, powstałe skutkiem przedziurawienia jelit, dzieli na: 1-o złośliwe, 2-o względnie łagodne. W pierwszej z tych kategoryi badania mikroskopowe i bakteryologiczne wykazują stosunkowo nieznaczną

ilość bakteryj; przebieg zaś kliniczny choroby, w którym dominuje zapad serca, przemawia za samootruciem organizmu toksynami i gazami, które wytworzyły się w kiszkach i po dostaniu się do jamy brzusznej, zostały tam bardzo szybko wessane. Tu więc do wywołania tak ciężkich objawów nie trzeba wcale bakteryj, wystarcza zatrucie organizmu przez resorbcyę wytworów toksycznych i gazów. Drugą kategoryę zapaleń otrzewny, o których mowa, stanowi następstwo zakażenia *(infectio)* drobnoustrojami. Zapalenie zaczyna się tu w pewnem ograniczonem miejscu otrzewny, powoli z ogniska tego rozszerza się na części sąsiednie, aż wreszcie ogarnia całą otrzewną. Zapad serca bywa w tym razie znacznie mniejszy; rokowanie jest znacznie lepsze. Między dwoma opisanemi tu odmianami jest dużo postaci przejściowych.

Co się tyczy zapalenia otrzewny gruźliczego, Dr. Kader odróżnia w niem trzy postacie:

1° zapalenie gruźlicze surowicze (*peritonitis tuberculosa serosa*); cechujące się wielką ilością przesięku płynnego; leczenie, polegać tu winno na laparatomii, poczem jamę brzuszną tamponuje się według Mikulicza, podobnie, jak w gruźliczem zapaleniu stawów *(hydrops tbc. articulorum)*.

2° zapalenie gruźlicze otrzewny, w którem mamy bardzo liczne gruzełki, gruźlicze granulacye, zrosty otrzewnowe (*peritonitis tuber. fungosa*). W przypadkach tych stosujemy laparatomię, niekiedy w kilku miejscach, poczem ranę tamponujemy, jak poprzednio.

3° zapalenie gruźlicze serowate *(peritonitis tuberculosa caseosa)* znajduje się tu zwykle kilka większych ognisk, zawierających gruźlicze masy serowate; prócz tego bywają i liczne zrosty. Przypadki te leczyć należy w ten sposób, że każde ognisko otwiera się oddzielnie, skrobie się ostrożnie łyżeczką i następnie wytamponuje gazą jodoformową. Rokowanie w postaci pierwszej i trzeciej bywa stosunkowo lepsze, aniżeli w drugiej.

Lecznicze działanie laparatomii tłómaczy sobie Dr. Kader zwiększeniem się odżywiania (skutkiem przekrwienia), podobnie jak w metodzie Biera, gdzie zabójczo na bakterye działa miejscowe przekrwienie.

Dr. Drobnik, zgodnie ze zdaniem Dra Kadera, przypisuje lecznicze znaczenie laparatomii przekrwieniu otrzewny. W zapaleniu otrzewny rozlanem zakaźnem, poleca Dr. Drobnik cięcie laparatomijne w linii białej i nad więzami Pouparta, w razie zaś potrzeby nawet i od strony pochwy lub odbytnicy; w ten sposób można sprawę ogólną ograniczyć do pewnych tylko części otrzewny.

W zapaleniu otrzewny, wywołanem przez przedziurawienie jelita, celem operacyi jest odnalezienie w kiszce otworu, zaszycie go i oczyszczenie jamy brzusznej z wypadłej do niej treści jelit.

Dr. Kryński oświadcza w odpowiedzi drowi Drobnikowi, że rola etyologiczna *bacterium coli comm.* w powstawaniu *peritonitis* jest dotychczas niejasna, gdyż i sama ta nazwa nie oznacza żadnej postaci odrębnej, lecz stanowi pojęcie zbiorowe, obejmujące liczne formy drobnoustrojowe. W jednej z najnowszych prac opisali Tavel i Lanz 31 gatunków tych bakteryj. Ciężkość objawów zapaleń otrzewny powstałych po przedziurawieniu zależy głównie od dostania się do jamy otrzewny treści jelitowej, a więc ciał stałych drażniących mechanicznie, związków chemicznych i różnych wytworów drobnoustrojów, wreszcie gazów, co wszystko razem wzięte wywołuje zakażenie septyczne, bardzo groźne. W gruźlicy otrzewny wpływ światła słonecznego, któremu Dr. Barącz tak ważne przypisuje znaczenie za przykładem Lauensteina, rzeczywiście sprowadzić możemy do zera. Jak wykazały badania Mosetig-Moorhofa, potwierdzone potem przez innych, często zapalenie gruźlicze otrzewny wyleczyć można bez laparatomii, zamiast której wykonują ci chirurgowie przekłucie ściany brzusznej, wypuszczenie wysięku i wtłoczenie pewnej ilości powietrza. Tu więc działanie światła jest wykluczone zupełnie, korzystny zaś wpływ takiego postępowania przypisują działaniu samego powietrza (Mosetig-Moorhof) lub zawartemu w niem tlenowi (Braatz). Podział zapaleń zakaźnych otrzewny na dwie kategorye, podany przez dra Kadera, etyologicznie nie jest słuszny; zarówno postać pierwsza, jak i druga łagodniejsza, są natury zakaźnej, zależne od pewnych postaci drobnoustrojów, tylko że w pierwszej do jamy otrzewnej dostaje się odrazu po przedziurawieniu mnóstwo substancyj rozkładowych gnilnych i toksyn, które bardzo szybko wywołują zatrusie ustroju, gdy w innych przypadkach ilość tych ciał trujących jest stosunkowo mała, drobnoustroje przeszłe do otrzewnej mają czas tam się rozmnażać ustrój zaś ma jeszcze możność mniej lub więcej skutecznej obrony. Różnica więc jeżeli jest, to tylko ilościowa, podczas gdy przyroda sprawy chorobowej i tu i tam jest jedna. — Przekrwienie, mające niewątpliwie ważne znaczenie w sprawie gojenia się zapalenia gruźliczego otrzewny, stanowi dopiero ostatnie, dalekie następstwo wykonanej laparatomii, nie można go uważać za główny czynnik, od którego zależy lecznicze działanie tej operacyi. Ażeby mogło rozwinąć się to przekrwienie, na to trzeba całego szeregu następstw bezpośrednich operacyi, a więc usunięcia wysięku i mas serowatych, rozdzielenia zrostów, podrażnienia mechanicznego otrzewny, wpływu powietrza według Mosetig-Moorhofa i t. d., co wszystko razem wzięte wywołuje przekrwienie i odczyn tkankowy, prowadzące do wyleczenia. Tak więc korzystny wpływ laparotomii na przebieg zapalenia gruźliczego otrzewny stanowi, zdaniem mówcy, następstwo całej sumy czynników, stworzonych przez operacyę, będąc tym sposobem jedynie racyonalnym i prowadzącym do celu środkiem leczniczym.

VIII. Dr. Kozłowski: *O leczeniu guzów krwawniczych.* (Sprawozdanie własne).

Dr. Kozłowski mówi o operacyjnem leczeniu guzów krwawniczych metodą Esmarcha; zaleca ją, opierając się na tej zasadzie, że otrzymuje się tu rychłozrost ran powstałych po wycięciu guzów, podczas gdy przy dawniejszym sposobie Langenbecka, polegającym na odpaleniu guzów, gojenie się przypalonych powierzchni trwa znacznie dłużej. Prócz tego szybkość, łatwość i prostota wykonania operacyi tą metodą, doskonałe wyniki, brak wszelkich powikłań, jak krwotoków następowych, zwężeń bliznowatych lub nawrotów cierpienia, stanowczo przemawia za szerszem rozpowszechnieniem tej operacyi wśród ogółu lekarzy. Technika samej operacyi polega na tem, że po gwałtownem rozszerzeniu, względnie rozdarciu zwieracza odbytu (Recamier-Maisonneuve), chwyta się każdy oddzielny guz w kleszczyki, przez jego podstawę zakłada szew materacowy, podobnie jak do okłucia, nie zawiązując go jednak na razie; następnie odcina się nieco klinowato nożyczkami cały guz, poczem zawiązawszy wspomniany wyżej szew, tamuje się tym sposobem krwotok a zarazem zbliża do siebie brzegi rany: ostatecznie jeżeli brzegi

te niezbyt dobrze przylegają do siebie, zespaja się je dokładniej dodatkowymi szwami. Przytem uważać należy, aby kierunek rany, względnie przyszłej blizny, przebiegał promienisto do otworu stolcowego. Dalsze postępowanie pooperacyjne, jak zwykle po operacyach hemoroid. Sposobem tym wykonano w klinice chirurgicznej krakowskiej 17 operacyj guzów krwawniczych z wynikiem bardzo dobrym, bez żadnych powikłań i bez nawrotów cierpienia.

W dyskusyi nad odczytem Dr Kozłowskiego zabrał głos prof. Obaliński. Używa on w ostatnich czasach stale sposobu leczenia guzów krwawniczych, podanego przez Sklifasowskiego. Sposób ten polega na zmodyfikowaniu metody Langenbecka przez dodanie do niej podwiązywania guzów. Wyniki otrzymane przez mówcę są bardzo dobre.

IX. Dr. **A. Majewski:** *Przyczynek do leczenia wgłobień jelita.* Odczyt ten pomieszczony był w numerze 40-tym *Przeglądu lekarskiego* z roku 1894.

W dyskusyi nad odczytem Dra Majewskiego oświadczył Dr. Schramm, że opisane przez prelegenta przypadki należą do rzadkich i że wyciągnąć wgłobione jelito udaje się wtedy tylko, gdy wgłobienie tworzy się bardzo powoli i stopniowo.

Na tem zakończono posiedzenie.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 4. Kwietnia 1895 r.

Od redakcyi. Zamierzając i w roku bieżącym równie jak w latach poprzednich umieścić w *Przeglądzie lekarskim* wykaz zdrojowisk i uzdrowisk klimatycznych i praktykujących w nich lekarzy Polaków, upraszamy interesowanych, by nam **najpóźniej do końca Kwietnia** r. b. donieśli, w jakich miejscach praktykować zamyślają. Lekarze, których nazwiska znajdują się w spisie zeszłorocznym (patrz Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. 1894), nie potrzebują na nowo donosić o miejscu swej czynności, jeżeli pod tym względem nie zaszła żadna zmiana.

— Dnia 3. b. m. i r. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Poniklo okazał tablice objaśniające rozdział chorych pochodzących z Krakowa i najbliższej okolicy, leczonych w krajowym szpitalu św. Łazarza i szpitalu św. Ludwika w r. 1894., poczem kol. prof. Jakubowski zdał sprawę z doświadczeń przeprowadzonych surowicą leczniczą przeciw błonicy w szpitalu św. Ludwika w Krakowie. W dyskusyi zabierali głos koll. Rydygier, Słapa, Nowak i Raczyński.

— W dniu 2. b. m. otwarto w Monachium trzynasty kongres dla medycyny wewnętrznej. Bierze w nim udział więcej niż 300 osób. Minister baron Feilitsch powitał zgromadzonych imieniem rządu, burmistrz Brunner imieniem miasta a prof. Bayer imieniem uniwersytetu. Honorowym prezydentem wybrano księcia Ludwika Ferdynanda, wiceprezydentami proff. Leydena z Berlina i Bollingera z Monachium, poczem prof. Heubner miał obszerny wykład o zastósowaniu surowicy swoistej do leczenia błonicy. Zwrócił on uwagę, iż ten środek leczniczy zmniejsza procent śmiertelności, iż przy użyciu jego nie występują żadne niebezpieczne objawy i że dlatego można go polecić z jak najlepszem sumieniem tem bardziej, iż rezultaty dotychczasowe uprawniają do lepszych jeszcze nadziei w przyszłości.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego uchwalił na posiedzeniu w dniu 22. Marca b. r. w wykonaniu postanowień fundacyi ś. p. protomedyka Dra Józefa Jakubowskiego

I. rozpisać cztery nagrody konkursowe a mianowicie dwie po 200 złr. a dwie po 150 złr. i

II. ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) O wpływie seroterapii na przebieg błonicy, o ile pod tym względem poczyniono doświadczenia w naszym kraju.

2) Ze względu, że jaskra (*glaucoma*) pojawia się u nas nierównie częściej niż gdzieindziej, zestawić i opracować wszechstronnie wszystkie przypadki tego cierpienia, spostrzegane w ostatnich 25 latach w stałej i ruchomej klinice okulistycznej Uniw. Jagiell. a w szczególności starać się w tej monografii wykazać przyczynę powyższego zjawiska.

3) Ze względu na szczupłość pomieszkań niższych warstw ludności i brak urządzeń wentylacyjnych nawet w szkołach krakowskich, zbadać, czy powietrze wydychane zawiera w sobie składniki trujące.

4) Ze względu na rozpowszechnienie chorób gruczołu tarczykowego u mieszkańców górskich okolic naszego kraju, zbadać wpływ wyciągów z gruczołu tarczykowego u zwierząt normalnych i pozbawionych tego gruczołu na pobudliwość kory mózgowej i odruchowe czynności ustroju.

5) Badanie błony śluzowej ze względu na mikroby znajdujące się w przypadkach błonicy gardła.

6) Zbadanie etyologii dysenteryi.

7) Na podstawie własnych doświadczeń przedstawić farmakologią kliniczną soli barowych a w szczególności dwuwęglanu barowego ze względu na znachodzenie się dwuwęglanu barowego w niektórych zdrojowiskach krajowych.

8) Na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń klinicznych ocenić wpływ wód mineralnych ziemnych a w szczególności wody krynickiej na przebieg niektórych postaci chorób żołądka i jelit.

9) Przedstawić szczegółowo postęp i rozwój polskich zdrojowisk i uzdrowisk w ostatnich ośmiu latach.

10) Mapa Galicyi, wykazująca rozmaitemi barwami rozpowszechnienie się wola w różnych okolicach naszego kraju.

11) Stósunek liczbowy matołectwa (kretynizmu) do wola w naszym kraju i sposoby leczenia, względnie wytępienia matołectwa u nas.

12) Zbadanie stósunku, zachodzącego pomiędzy tak zwanym ropotokiem Stoerckowskim (*blennorrhoea Stoercki*) a twardzielem (*scleroma*) na podstawie przypadków leczonych w oddziale laryngologicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie.

III. W myśl postanowienia wyżej wzmiankowanej fundacyi ubiegać się mogą o nagrodę uczniowie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. tudzież Drowie wszech nauk lekarskich, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski.

IV. Prace konkursowe spisane w języku polskim, nadesłane być mają najpóźniej do 31. Marca 1896. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonej oddzielnie kopercie zapieczętowanej a zawierającej wewnątrz niej, nazwisko i miejsce zamieszkania autora.

V. Jedynie koperty opatrzone w godło prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem dowiedzenia się nazwisk autorów, wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

VI. Wysokość nagrody nie jest zawisłą od wyboru któregobądź z ogłoszonych wyżej zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i naukowej ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu.

VII. Prace nagrodzone mają się nadawać do ogłoszenia drukiem.

— Rozporządzenie JE. Pana Ministra oświaty, Dra Stanisława Madeyskiego do wszystkich krajowych Władz szkolnych zawiera szereg nowych przepisów o fizycznem wychowaniu młodzieży w szkołach średnich; poleca ono dyrektorom, aby szczególniej zwracali pilną uwagę na odpowiednie oświetlenie, stosowną temperaturę i staranne odświeżanie powietrza w salach szkolnych, proste trzymanie się uczniów przy siedzeniu, utrzymanie czystości w budynku szkolnym i dokładną kontrolę lekarską. Prócz tego zaleca to rozporządzenie, by za pomocą właściwego rozkładu godzin unikano przeciążania umysłowego uczniów. Jakkolwiek cały ogół powita z radością to rozporządzenie P. Ministra, to jednakowoż nikt lepiej od nas lekarzy nie oceni jego wielkiej doniosłości i zbawienności.

— W dniu 14. z. m. obchodził profesor akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, książę Dr. Tarchan-Mourawow jubileusz 25-letni swej służby publicznej. Profesor Tarchanow liczy teraz 48 lat i pochodzi ze starożytnego rodu gruzińskiego; wychowanie lekarskie otrzymał w Petersburgu, gdzie kształcił się w fizyologii pod kierunkiem znanych Owsiannikowa i Sieczenowa. Po otrzymaniu stopnia naukowego udał się książę T. w celu dalszego wykształcenia za granicę, zkąd powróciwszy otrzymał zajmowaną przez siebie teraz katedrę fizyologii w Akademii wojenno-lekarskiej. Profesor Tarchanow polecił w swym

czasie Wydziałowi lekarskiemu naszego uniwersytetu [illegible] kol. Cybulskiego na profesora fizyologii a polecenie to odbyło się w formie świadczącej wymownie o szlachetnem usposobieniu czcigodnego profesora petersburskiego.

— Dr. Witold Jaroszyński, lekarz praktykujący dawniej w Meranie, mieszka obecnie stale w Wiedniu (IV. Mozartgasse 4) a jako obeznany dokładnie ze stosunkami wiedeńskimi i umiejący dobrze po rosyjsku przydać się może swą radą przybywającym do Wiednia tak ziomkom jak i Rosyanom.

— Nakładem księgarni G. Thiemego w Lipsku wyszedł *Taschenbuch des aerztlichen Fortbildungsunterrichts im deutschen Reiche*, *Ostern* 1895. Książeczka ta zawiera według spisu abecadłowego uniwersytetów i wykaz wszelkich wykładów osobnych dla lekarzy z podaniem ich czasu opłaty; przydać się przeto może wybornie dla każdego lekarza udającego się do Niemiec w celu dokończenia swego wykształcenia zawodowego, mianowicie w pewnej gałęzi nauk lekarskich.

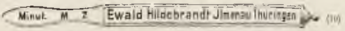
— Instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu zawiadamia, iż pracę nad przygotowaniem surowicy przeciwbłoniczej obecnie ukończono; lekarze zatem, aptekarze i instytucye rządowe lub prywatne, potrzebujące tego środka lekarskiego mogą zwracać się wprost pod adresem instytutu (aptekarski Ostrow, ulica Łopuchińska Nr. 12). Każda flaszeczka surowicy zawiera 1000 jednostek normalnych antytoksyny i mocą odpowiada numerowi drugiemu surowicy Behringa. Surowica wyrabiana przez instytut bywa dwojaka, z fenolem i bez fenolu. Cena flaszeczki surowicy pierwszej wraz z opakowaniem wynosi 2 ruble, surowicy zaś drugiej 3 ruble.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 13-tym. N. Sieber: Przyczynek do kwestyi o jadzie rybim. *Bacillus piscicidus agilis*, pasożyt chorobotwórczy dla ryb. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych (ciąg dalszy). W *Medycynie* Nrze 13-tym: S. Goldflam: O porażeniach rodzinnych napadowych (ciąg dalszy). Z. Bychowski: Przyczynek do kazuistyki uchyłków przełyku (*diverticulum oesophagi*) (dokończenie).

Do PP. Lekarzy zdrojowych.

Administracya uprasza najuprzejmiej PP. Lekarzy zdrojowych, którzy pragną umieścić ogłoszenie w *Przeglądzie Lekarskim*, ażeby zechcieli w celu oszczędzenia trudu i Sobie i Administracyi uiszczać należytość odrazu przy zamawianiu (najlepiej przekazem pocztowym). Należytość za ogłoszenie (wielkości niniejszej odezwy) wynosi 80 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**



Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.